

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I
(Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)



TESIS DOCTORAL

Vulnerabilidad cognitiva a la depresión: relación entre sesgos atencionales,
auto-representación y síntomas depresivos

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Laura Hernangómez Criado

Director

Carmelo Vázquez Valverde

Madrid, 2012



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I

(Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)

**VULNERABILIDAD COGNITIVA A LA DEPRESIÓN:
RELACIÓN ENTRE SESGOS ATENCIONALES,
AUTO-REPRESENTACIÓN Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS**

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

Laura Hernangómez Criado

Director:

Carmelo Vázquez Valverde

Madrid, 2012

Parte del trabajo realizado en esta investigación ha sido realizado gracias a:

- beca-colaboración del Ministerio de Educación y Cultura;
- beca predoctoral de Formación de Profesorado Universitario (programa sectorial de Formación de Profesorado Universitario y Personal Investigador) del Ministerio de Educación y Cultura;
- beca predoctoral de Formación de Personal Investigador de la Comunidad de Madrid (Consejería de Educación);
- Proyecto de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico “Auto-esquemas cognitivos negativos y procesos de baja reactividad ante recompensas como factores de vulnerabilidad a la aparición de episodios depresivos” financiado dentro del Plan Nacional I+D (2003-2006).

AGRADECIMIENTOS

Realmente agradecer una tesis que se ha dilatado tanto en el tiempo es prácticamente agradecer toda una vida. Cuando una persona finaliza un proyecto vital y echa la vista atrás, se da cuenta de que cada paso fue importante para llegar donde ha llegado, y que el final no es más que el resultado de un proceso que empezó hace mucho tiempo. Por ello, comenzando por el principio, a las primeras personas que quiero agradecer esta tesis es a mis padres. Porque fuisteis los primeros maestros de investigación que tuve, porque me disteis las raíces y las alas para atreverme a explorar, a luchar contra las dificultades, a persistir y a no rendirme. Pero sobre todo porque me enseñasteis que el proceso de aprendizaje más importante en la vida es ser persona y que en esa “materia” uno no termina de graduarse nunca.

A los “maestros de mis maestros” que pude conocer, mis abuelos Fidel y María. Mi abuela María me enseñó que los libros no son un lujo sino una necesidad. Mi abuelo Fidel me enseñó lo mismo de la música. Era imposible que sus huellas no me acompañaran en este proceso.

A mis *primerísimos* compañeros de investigación, mis hermanos Javi, Ignacio y Pía, y a todos los amigos que me han acompañado en el camino, especialmente a mis “compañeras de vida” Arantxa y Helga.

A los compañeros de profesión, maestros y supervisores que a lo largo de mi práctica clínica han compartido conmigo la pasión por nuestra profesión y por el trabajo en equipo, en especial a Ana Hospital, Antonio Perdigón, Esther Guerrero, Javi Sanz, Nacho Serván, Luis Angel Saúl, Violeta Suárez, Consuelo Escudero, Noelia Fernández de Pablos y a los profesionales que tuve el privilegio de conocer en ASEPCO y en la Fundación Aiglé de Buenos Aires. A Irina Pérez por ayudarme a reconectar conmigo y con la motivación para seguir investigando. Gracias a todos por la dedicación, entusiasmo y confianza en nuestra profesión. Gracias por ayudarme a seguir creyendo firmemente en nuestro trabajo.

A los compañeros de otras profesiones de la Salud Mental que me han enseñado que el trabajo interdisciplinar no suma, sino que multiplica de forma positiva y casi mágica el esfuerzo que cada uno realizamos, constituyendo un compromiso ético con nuestros pacientes. Muy especialmente a Mar Jiménez, Quique García, Iria Marcote, Pau Pérez, Antonio Escudero, Elisa Solís, Paco González, Mar Hernández y Cristina Araujo, a la Asociación Española de Neuropsiquiatría-profesionales de Salud Mental y Asociación Madrileña de Salud Mental.

A todas las personas y “personitas” que en consulta han tenido y tienen la fortaleza de abrir su corazón, y a todos los alumnos que han abierto y me han ayudado a abrir la mente, por permitirme aprender tanto con ellos, en esas tareas conjuntas de crecimiento que constituyen la psicoterapia y la docencia. En especial, a Marta Bellido y a los alumnos que participaron como experimentadores en esta tesis: Raquel Cuenca, Raquel Delgado, Almudena Ladero, Lourdes López, Nuria Sánchez-Grande, M^a José Collado, Javier Corcuera, Diego Calzo, Diego Cazzola y Laura López.

A Jorge Villa y personal de CEDE, por vuestra amabilidad permanente y vuestra confianza en mí.

Finalizo los agradecimientos con los más implicados en este proceso. El término “director de tesis” se queda corto para transmitir el significado emocional que ese *constructo* tiene para mí. Carmelo: muchas gracias por ser maestro y amigo, por transmitirme tu pasión por el conocimiento en general y por la Psicología en particular, por enriquecerme con tu flexibilidad y tu curiosidad permanente, verdaderos motores de la investigación y del auténtico saber. Gracias por tu respeto y por tu apoyo integral, por tu confianza y, sobre todo, por tu paciencia. Y por supuesto, a mis “hermanos en la investigación”, Marta Nieto y Gonzalo Hervás. Gracias por vuestras continuas lecciones de diálogo, espíritu crítico, motivación, optimismo, búsqueda común y compañerismo. Fue un lujo teneros como compañeros y hoy es un regalo de la vida disfrutaros como amigos.

Por último, hay dos personas a las que tengo que agradecer tanto que casi los considero coautores, porque se han sacrificado igual que yo para que esta tesis finalizara: sin su apoyo escribirla no habría sido posible. A Jose: pareja, amigo, apoyo, colega profesional... pero, sobre todo, compañero en todo y para todo. Gracias por tus lecciones diarias de comprensión, respeto, confianza, paciencia y sentido del humor: nunca dejo de aprender de ti. Gracias por estar siempre ahí, gracias “por todo”. Y, por supuesto, a mi hijo Jorge. Porque me has redescubierto la importancia de los pequeños pasos, de los pequeños momentos, de los pequeños descubrimientos, de los pequeños logros. Porque me has enseñado a volver a ver la belleza de las cosas imperfectas, y ello tiene mucho que ver con haber terminado este trabajo. Por tu apoyo incondicional a algo que no entiendes pero respetas: por despedirme con una sonrisa y recibirme con un abrazo y un “te quiero” cada vez que te he *robado* el tiempo que te correspondía de “mamá” para dedicárselo a la tesis. Porque tú has hecho la renuncia más importante con una generosidad ilimitada. Por eso, esta tesis también es tuya.

A mi hijo Jorge

“...los primeros groseros errores, así como las falsas rutas por donde la imaginación se aventura, son necesarios, pues acaban por conducirnos al verdadero camino, y entran, por tanto, en el éxito final, como entran en el acabado cuadro del artista los primeros informes bocetos.”

(S. Ramón y Cajal,

Reglas y consejos sobre investigación científica)

“..and therefore our doubts and errors (...) may even prove useful, by exciting curiosity, and destroying that implicit faith and security, which is the bane of all reasoning and free enquiry.”¹

(D. Hume,

An Enquiry Concerning Human Understanding)

¹ “..y por tanto nuestras dudas y errores (...) pueden incluso resultar útiles, por excitar la curiosidad, y destruir aquella seguridad y fe implícitas, que son la ruina de todo razonamiento e investigación libre”. (D. Hume, *Investigación sobre el entendimiento humano*)

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Introducción.....	1
I. PRIMERA PARTE: FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	3
1. Vulnerabilidad cognitiva a la depresión.....	5
1.1. Concepto de vulnerabilidad psicológica.....	6
1.2. Concepto de estresor.....	8
1.3. Modelos cognitivos de vulnerabilidad a la depresión.....	9
1.4. Resultados empíricos en el estudio de la vulnerabilidad a la depresión.....	23
2. Automaticidad, atención y depresión.....	39
2.1. Atención y depresión: ¿Déficit global o sesgo específico?	39
2.2. Procesamiento automático y controlado, atención y depresión.....	40
2.3. Componentes de la atención y su alteración en depresión.....	42
2.4. Resultados empíricos en atención selectiva y depresión	43
II. SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.....	57
3. Justificación de la investigación propuesta.....	59
3.1. Modelo teórico de base.....	59
3.2. Consideraciones metodológicas en la investigación en vulnerabilidad a la depresión y procesos atencionales.....	65
3.3. Objetivos e Hipótesis de la investigación.....	78
4. Estudio 1: Sesgos atencionales en depresión y vulnerabilidad cognitiva.....	80
4.1. Método.....	81
4.2. Resultados.....	90
4.2.1. Descriptivos.....	90
4.2.2. Línea Base.....	93

4.2.3. Tarea Experimental.....	93
4.3. Discusión de resultados.....	98
5. Estudio 2: Modelos de auto-representación y sesgos atencionales en depresión y vulnerabilidad cognitiva.	104
5.1.Método.....	106
5.2. Resultados.....	120
5.2.1. Descriptivos.....	120
5.2.2. Análisis correlacional.....	121
5.2.3. Diferencias en función de Historia de episodio depresivo	123
5.2.4. Resultados en Tareas experimentales.....	125
5.3. Discusión de resultados	152
5.3.1. Hipótesis 1: Sesgos atencionales específicos.....	152
5.3.2. Hipótesis 2: Modelo de auto-representación.....	156
5.3.3. Hipótesis 3: Sesgos atencionales y modelos de auto-representación	160
5.3.4. Hipótesis 4: Predicción de la sintomatología depresiva.....	161
5.3.5. El papel de la ansiedad y de los intentos de supresión.....	164
5.3.6. Limitaciones.....	165
6. Estudio 3: Vulnerabilidad cognitiva, sesgos atencionales y modelos de auto-representación como predictores de sintomatología depresiva: un estudio longitudinal.	167
6.1. Método.....	168
6.2. Resultados.....	173
6.2.1.Descriptivos y Análisis correlacional de Sucesos Estresantes.....	173
6.2.2. Diferencias en función del riesgo depresivo	175
6.2.3. Diferencias en función de la vulnerabilidad cognitiva	178
6.2.4. Diferencias en función del estilo represor.....	181

6.2.5. Predicción de sintomatología depresiva.....	181
6.2.6. Predicción de los pensamientos automáticos positivos.....	189
6.2.7. Predicción de la sintomatología ansiosa.....	191
6.3. Discusión de resultados.....	193
7. Discusión general y Conclusiones.....	200
7.1. Síntesis de resultados.....	200
7.1.1. Estado depresivo actual.....	200
7.1.2. Riesgo de depresión: Historia de episodio depresivo.....	204
7.1.3. Vulnerabilidad cognitiva.....	209
7.1.4. Sintomatología ansiosa.....	217
7.2. Integración de resultados.....	218
7.2.1. Patrón adaptativo.....	218
7.2.2. Riesgo Depresivo.....	219
7.2.3. Patrón Sociótrofo.....	224
7.2.4. Patrón Autónomo.....	227
7.2.5. Patrón mixto.....	231
7.3. Limitaciones y alternativas.....	233
7.4. Conclusiones.....	238
7.4.1. Implicaciones para los modelos de vulnerabilidad.....	238
7.4.2. Implicaciones para la investigación	243
7.4.3. Implicaciones para la intervención psicológica.....	247
Referencias Bibliográficas.....	255
Anexos.....	309

ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS

I. PRIMERA PARTE: FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Capítulo 1. Vulnerabilidad cognitiva a la depresión

Figura 1. Modelo cognitivo estándar (Beck 1967, 1976). Adaptación de Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero (2010).....	11
---	----

Capítulo 2. Automaticidad, atención y depresión

Tabla 1. Tareas experimentales empleadas en el estudio de sesgos atencionales en depresión (efecto de facilitación).	44
Tabla 2. Tareas experimentales empleadas en el estudio de sesgos atencionales en depresión (dificultades de desenganche , interferencia e inhibición)	45

II. SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Capítulo 3. Justificación de la investigación propuesta

Figura 2. Modelo teórico de base para la investigación	59
---	----

Capítulo 4. Estudio 1: Sesgos atencionales en depresión y vulnerabilidad cognitiva

Tabla 3. Desarrollo de tarea de seguimiento del Estudio 1.....	89
Tabla 4. Diferencias de medias según sexo, lateralidad y condición de contrabalanceo.	90
Tabla 5. Diferencia de medias en Actitudes Disfuncionales de Logro en función del Género.....	91
Tabla 6. Diferencia de medias en sintomatología depresiva, ansiosa y actitudes disfuncionales de logro y dependencia en función de la presencia de historia previa de episodios depresivos...	91
Tabla 7. Correlaciones Pearson entre las medidas de cuestionarios.	92
Tabla 8. Datos descriptivos de los adjetivos empleados en la tarea experimental.....	92
Tabla 9. Resultados significativos en los análisis de varianza y covarianza realizados.....	94
Gráfico 1. Tiempo de Reacción en tarea secundaria en función de Valencia emocional del estímulo, Historia de Episodio Depresivo y Actitudes Disfuncionales..	95
Gráfico 2.. Proporción media de errores (corregida por la línea base) en función de la Valencia emocional del estímulo, la Historia de Episodios depresivos y el Estado depresivo actual.....	96

Tabla 10. Variables introducidas en el Análisis discriminante de Historia previa de depresión en función del rendimiento en tareas experimentales y medidas de vulnerabilidad cognitiva (DAS).	97
<i>Capítulo 5. Estudio 2: Modelos de auto-representación y sesgos atencionales en depresión y vulnerabilidad cognitiva.</i>	
Tabla 11. Detección de participantes represores en función de la medida con escalas MAS y Marlowe-Crowne.....	110
Tabla 12. Variables de confundido incluidas en el estudio 2.	113
Tabla 13. Variables dependientes incluidas en el estudio 2.....	114
Tabla 14. Diseños factoriales incluidos en el Estudio 2.	115
Tabla 15. Desarrollo de tarea experimental del Estudio 2.	118
Tabla 16. Diferencia de medias en Deseabilidad en función del Género.....	120
Tabla 17. Correlaciones entre las medidas de cuestionario tomada a los participantes.....	121
Tabla 18. Correlaciones entre las medidas de rendimiento en tareas experimentales y los cuestionarios.....	122
Tabla 19. Diferencias significativas en las medidas de cuestionario en función de la presencia/ausencia de historia previa de episodios depresivos.....	123
Tabla 20. Diferencias significativas en las escalas del inventario PSI-II en función de la presencia/ausencia de historia previa de episodios depresivos.	124
Tabla 21. Resultados significativos de los MANOVA y MANCOVA realizados.....	126
Tabla 22. Resultados significativos de los ANCOVA realizados (VD: Tiempo de respuesta en tarea de codificación auto-referente)	127
Tabla 23. Resultados significativos de los ANCOVA realizados (VD: Tiempo de respuesta en tarea de reconocimiento)	127
Tabla 24. Diferencias de medias significativas en función de la Valencia.....	128

Gráfico 3. Proporción media de errores en tarea de seguimiento de escucha dicótica en función de la Valencia emocional del estímulo, el Estado depresivo actual y Estilos Personales Disfuncionales	130
Gráfico 4. Tiempo de reacción en tarea secundaria a escucha dicótica en función de Estado depresivo actual y Estilo Personal Disfuncional	131
Gráfico 5. Tiempo de Reacción en tarea secundaria de escucha dicótica en función del Estilo Represor y la Historia depresiva previa (corregido efecto de sintomatología depresiva).....	132
Gráfico 6. Puntuación en ítems de supresión del WBSI en función de Estilo Personal Disfuncional (corregido efecto de sintomatología depresiva)	134
Gráfico 7. Puntuaciones en Pensamientos Automáticos Positivos (ATQ-RP) en función de Estilo Personal Disfuncional.	135
Gráfico 8. Tiempo de decisión en tarea de reconocimiento en función de Estado depresivo actual y Estilo Personal.	136
Gráfico 9. Proporción media de adjetivos autoadjudicados en función de la Valencia emocional del estímulo y el Estado depresivo actual.	137
Gráfico 10. Tiempo de Decisión en tarea de codificación auto-referente en función de Valencia emocional del adjetivo, la Respuesta dada (afirmativa/negativa) y el Estado depresivo actual.....	139
Gráfico 11. Tiempo de respuesta (logaritmo neperiano) en tarea de codificación auto-referente en función de Valencia emocional del adjetivo, Respuesta dada (afirmativa/negativa) y la Historia de Episodio depresivo mayor (controlada sintomatología depresiva activa).....	139
Gráfico 12. Tiempo de respuesta (logaritmo neperiano) en tarea de codificación auto-referente en función de Valencia emocional del adjetivo, Respuesta dada (afirmativa/negativa), Sintomatología depresiva activa y Estilos Personales	141
Tabla 25. Correlaciones entre medidas de tarea de escucha dicótica y tarea de codificación auto-referente.	142

Tabla 26. Correlaciones significativas entre medidas de tarea de escucha dicótica y medidas de recuerdo y reconocimiento incidental.	144
Tabla 27. Correlaciones significativas entre medidas de tarea de codificación auto-referente y medidas de recuerdo y reconocimiento incidental.	144
Tabla 28. Factores extraídos en el análisis factorial sobre las medidas de las tareas experimentales.	146
Tabla 29. Variables introducidas en el Análisis discriminante de Historia previa de depresión en función del rendimiento en tareas experimentales y medidas de vulnerabilidad cognitiva	148
Tabla 30. Resumen de la construcción del modelo de regresión por pasos de la sintomatología depresiva.....	150
Tabla 31. Coeficientes tipificados de las variables significativas en el análisis de regresión de la sintomatología depresiva.....	150
Tabla 32.. Variables excluidas del análisis de regresión por pasos.....	151
<i><u>Capítulo 6. Estudio 3: Vulnerabilidad cognitiva, sesgos atencionales y modelos de auto-representación como predictores de sintomatología depresiva: un estudio longitudinal</u></i>	
Tabla 33. Medidas de las tareas experimentales y factores extraídos en el análisis factorial del estudio 2.....	172
Tabla 34. Estudio 3: Datos descriptivos del cuestionario de Sucesos Estresantes (SE).....	174
Tabla 35. Correlaciones (Spearman) entre las consecuencias positivas y negativas de los sucesos impactantes y la valoración de sucesos negativos y positivos cotidianos.....	175
Tabla 36. Diferencias significativas en las medidas de cuestionario en función de la presencia/ausencia de historia previa de episodios depresivos.....	177
Tabla 37. Diferencias significativas en las escalas del inventario PSI-II en función de la presencia/ausencia de historia previa de episodios depresivos.....	177

Gráfico 13. Rango promedio en ítems sobre dificultades cotidianas en función de Estilo Personal Disfuncional.....	178
Gráfico 14. Puntuaciones en Pensamientos Automáticos Positivos (ATQ-RP) en función de Estilo Personal Disfuncional.	179
Tabla 38. Correlaciones (Spearman) significativas de las escalas y subescalas de Sociotropía y Autonomía (medidas de estudio 2) con medidas de estrés subjetivo.....	180
Tabla 39. Correlaciones (Spearman) de las medidas de estrés del cuestionario Sucesos Estresantes (SE) con la sintomatología depresiva (BDI-II).....	181
Tabla 40. Correlaciones de las medidas de vulnerabilidad cognitiva del estudio 2 con la sintomatología depresiva (BDI-II) en seguimiento (estudio 3).....	182
Tabla 41. Resumen de la construcción del modelo de regresión por pasos de la sintomatología depresiva.	184
Tabla 42. Coeficientes tipificados de las variables significativas en el análisis de regresión de la sintomatología depresiva.	184
Tabla 43. Variables excluidas del análisis de regresión por pasos.....	185
Figura 3. Representación de las relaciones lineales entre las variables Sociotropía revisada, Autoesquema depresivo y Sintomatología depresiva.	186
Figura 4. Representación de las relaciones lineales entre las variables Sociotropía revisada, Supresión de pensamientos y Sintomatología depresiva.	186
Tabla 44. Resumen de la construcción del modelo de regresión por pasos de la sintomatología depresiva en participantes inicialmente asintomáticos.	188
Tabla 45. Coeficientes tipificados de las variables significativas en el análisis de regresión de la sintomatología depresiva.	188
Tabla 46. Variable excluida del análisis de regresión por pasos en el modelo 2.....	188
Tabla 47. Correlaciones significativas con los pensamientos automáticos positivos (ATQ-RP)....	189

Tabla 48. Resumen de la construcción del modelo de regresión por pasos de los pensamientos automáticos positivos.....	190
Tabla 49. Coeficientes tipificados de las variables significativas en el análisis de regresión de los pensamientos automáticos positivos.....	190
Tabla 50. Correlaciones significativas con la sintomatología ansiosa (BAI).....	191
Tabla 51. Resumen de la construcción del modelo de regresión por pasos de la sintomatología ansiosa.	192
Tabla 52. Coeficientes tipificados de las variables significativas en el análisis de regresión de la sintomatología ansiosa.	192
 <i><u>Capítulo 7. Discusión general y Conclusiones</u></i>	
Tabla 53. Síntesis de resultados en Actitudes y Estilos Personales disfuncionales.....	209
Figura 5 Aplicación del modelo al patrón “adaptativo”	219
Figura 6. Aplicación del modelo al Riesgo Depresivo.....	220
Figura 7. Aplicación del modelo al patrón Sociótrofo.....	224
Figura 8. Aplicación del modelo al patrón Autónomo.....	227
Figura 9. Aplicación del modelo al patrón mixto.....	231

INTRODUCCIÓN

La compleja relación entre cognición y emoción ha sido constante objeto de análisis y continúa siendo hoy uno de los aspectos más interesantes de investigación, adquiriendo una especial relevancia en Psicología durante las últimas décadas. La psicopatología cognitiva, aportando un acercamiento científico a los procesos cognitivos relacionados con la etiología y mantenimiento de los trastornos clínicos, ha contribuido a enriquecer el conocimiento sobre la interacción entre afectos y procesos cognitivos.

La influencia en las últimas décadas de los modelos cognitivos en la conceptualización, evaluación y tratamiento de los trastornos psicopatológicos encuentra uno de sus máximos ejemplos en el caso de la depresión. Al atractivo teórico que este conocimiento tiene para ampliar la comprensión del funcionamiento psíquico humano, se añade un interés necesariamente práctico exigido por la elevada prevalencia del trastorno (las estimaciones de prevalencia vital oscilan entre el 10 y el 25 % en el trastorno depresivo mayor -Vázquez y Sanz, 2008), la temprana edad de inicio y el aumento en las tasas de depresión entre los más jóvenes (ej: Weissman et al., 1999) así como su naturaleza recurrente (que se estima en un 75% en los dos años posteriores a la recuperación- Boland y Keller, 2009). Según datos de la Organización Mundial de la Salud, la depresión es el trastorno que mayor carga aislada genera en términos de años de vida ajustados por discapacidad entre las personas de edad media (Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2006; Murray y López, 1996).

En este contexto, se hace imprescindible ampliar la comprensión del complejo fenómeno depresivo y de los elementos cognitivos implicados en el origen, mantenimiento y recaídas de la depresión, no sólo como síntomas concurrentes sino como factores predisponentes y mantenedores. La investigación en el ámbito de la psicología cognitiva experimental ha contribuido a profundizar en los mecanismos de

vulnerabilidad psicológica a la depresión. Este conocimiento es básico para comprender los mecanismos por los cuales las actuales terapias psicológicas pueden llegar a ser efectivas y, con ello, optimizar las estrategias de tratamiento y desarrollar intervenciones profilácticas más eficaces.

De modo general, el modelo cognitivo propone que los esquemas disfuncionales y la suborganización de personalidad que caracterizan la vulnerabilidad cognitiva a la depresión tienen una orientación auto-referente (Clark, Beck y Alford, 1999; Wisco, 2009). Las estructuras o esquemas cognitivos auto-orientados incluyen una representación interna del self, o auto-concepto, que organiza y guía el procesamiento de información auto-referente (Markus, 1977); esto es, los autoesquemas ejercen una influencia dominante en la selección, codificación, organización y recuerdo de estímulos personalmente significativos, así como en la monitorización y evaluación de la ejecución personal, generando sesgos en el procesamiento de información. De este modo, las personas deprimidas muestran un modo especial de codificar, almacenar, recuperar y usar información de tipo emocional (negativa y positiva), especialmente si ésta es autorreferente.

Si bien se podría decir que esta última afirmación es compartida de un modo genérico por todos los enfoques cognitivos, continúan existiendo importantes diferencias en la consideración de los procesos que quedan afectados y el modo en que éstos interactúan con la depresión y otros trastornos psicológicos. Una cuestión polémica se refiere al papel de los procesos atencionales, y su comparación con la ansiedad (Sanz y Vázquez, 1999), así como su rol como factor etiológico, de mantenimiento o como simple consecuencia de la alteración anímica.

Por todo ello, la presente investigación se planteó como objetivo examinar la manifestación de la vulnerabilidad cognitiva a la depresión en los procesos atencionales, destacando el papel que el autoesquema puede jugar en esa relación.

PRIMERA PARTE:

Fundamentos teóricos

1. VULNERABILIDAD COGNITIVA A LA DEPRESIÓN

El creciente reconocimiento de la depresión como fenómeno complejo y multideterminado ha fomentado la proliferación de investigaciones y teorías en el marco de un modelo de vulnerabilidad-estrés. La hipótesis de vulnerabilidad-estrés señala el origen de los trastornos psíquicos en la interacción de factores predisponentes (vulnerabilidad) y precipitantes (estrés), de manera que determinados sucesos percibidos como estresantes actúan como disparadores del trastorno dada una determinada predisposición. A su vez, dentro de los factores que predisponen a un trastorno, interactúan diferentes variables de orden biológico, psicológico y social (p.ej: Mezulis, Hyde, Simonson y Charbonneau, 2011), entre las que destacaremos las de carácter psicológico.

La complejidad, en ocasiones obviada, del modelo vulnerabilidad-estrés no se refiere sólo a la necesaria consideración de un modelo biopsicosocial sino también a la inclusión, junto a factores de vulnerabilidad, de otros factores “de protección o resistencia”, tales como habilidades de afrontamiento o nivel de competencias, que reducen la posibilidad de psicopatología. Según algunos autores, vulnerabilidad y resistencia podrían ser considerados como extremos de un mismo continuo (Ingram, Miranda y Segal, 1998), donde podríamos conceptualizar la resistencia al trastorno como “mínima vulnerabilidad” -y no como “invulnerabilidad” o “inmunidad”-, procedente de la combinación de déficit y recursos del individuo².

² Se da preferencia al término “vulnerabilidad” en vez del vocablo “diátesis” por la referencia original de este último a rasgos biológicos genéticos inmutables, en contraposición al concepto de vulnerabilidad que alude a un conjunto de factores entre los que se incluyen predisposiciones aprendidas y por tanto modificables. Asimismo, se diferencia del concepto más amplio de “riesgo”, que incluye cualquier factor que aumenta la probabilidad de experimentar un trastorno desde un análisis meramente *descriptivo*, frente al concepto de “vulnerabilidad” que aludiría al subconjunto de factores de riesgo compuesto por los mecanismos o procesos que *explican* las causas del trastorno, ayudando por tanto a considerar también posibles estrategias de intervención.

1.1. Concepto de vulnerabilidad psicológica

El concepto de vulnerabilidad psicológica se ha mostrado como un constructo útil para referirse a “características internas, latentes y estables de una persona que pueden llevar a la cronificación y/o agudización de síntomas depresivos, aumentando así la probabilidad de un trastorno psicopatológico bajo la ocurrencia de sucesos vitales estresantes -adversidad en un dominio central para el sentido de autovalía en el caso de la depresión-” (Ingram, Miranda y Segal, 2006).

La vulnerabilidad como proceso latente implica que es accesible para el sujeto sólo en determinadas condiciones que lo activan, por lo que puede no ser directamente observable. Por este motivo, los esfuerzos de investigación en este ámbito están centrados en detectar posibles marcadores observables que identifiquen procesos, vinculados al origen del trastorno que se dan en individuos asintomáticos, esto es, variables que ayuden a predecir el trastorno en ausencia de síntomas.

Se debe matizar que la estabilidad supone una tendencia pero no una permanencia e inmutabilidad. Determinadas experiencias pueden acentuarla o atenuarla a pesar de su relativa resistencia al cambio: ésta es precisamente la razón de ser de la investigación y las intervenciones psicológicas orientadas a optimizar las estrategias de prevención de recaídas. Lamentablemente, la estabilidad también puede aumentar por una mayor complejidad y/o accesibilidad de las estructuras cognitivas depresógenas, lo que explicaría el mayor riesgo de las personas con más episodios depresivos en su historia previa. La hipótesis clásica de la activación diferencial (Teasdale, 1988) sugiere que los episodios previos de depresión provocan un aumento en la accesibilidad de los esquemas negativos y el procesamiento depresotípico durante estados de disforia. Posteriormente, Segal, Williams, Teasdale y Gemar (1996) propusieron una mayor elaboración de esta hipótesis sugiriendo la

aplicación de los conceptos de *kindling*³ y sensibilización. El fenómeno de *kindling* supone que la reactivación continua de estructuras cognitivas negativas provoca que se fortalezcan las redes asociativas entre constructos depresotípicos de modo que un amplio rango de estímulos pueden elicitar la activación de la red con sólo activar un elemento. El efecto de *sensibilización* se explica por una bajada en el umbral de activación de constructos depresotípicos producida por la activación repetida de esas estructuras. Estos aspectos añaden dificultades a la ya problemática definición de estresor en el modelo de vulnerabilidad-estrés, dado que la importancia de éste se reduciría según aumenta la sensibilización cognitiva de una persona (un estímulo mínimo podría provocar una activación de la red depresógena).

Otro matiz relevante en la definición dada de vulnerabilidad es la inclusión de *cualquier* factor que aumente la probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo, evitando concepciones excesivamente reduccionistas de la vulnerabilidad que la identifican con factores de inicio de trastorno y excluyen o minusvaloran aquellos que contribuyen a su mantenimiento o exacerbación. Por un lado, si se considera que la depresión puede iniciarse como un estado de ánimo triste “normal” que se convierte en disfuncional por su mantenimiento y/o intensificación a lo largo del tiempo (p.ej: Joormann y Gotlib, 2010), factores que en principio podrían considerarse *consecuencias* del estado depresivo pueden convertirse en variables clave para la determinación de una depresión clínica (por ejemplo, un determinado patrón de pensamiento o una manera de relacionarse). Por otro lado, dado el riesgo de cronicidad y el pobre pronóstico asociado con el trastorno depresivo mayor, se hace necesario entender los mecanismos por los cuales una persona se convierte en más vulnerable tras haber padecido un episodio.

Del mismo modo, atendiendo a una concepción amplia de los factores de vulnerabilidad, se incluirían aquellos específicos del trastorno y también los comunes a

³ La traducción del vocablo “kindling” es polémica, por lo que suele emplearse el anglicismo para diferenciarlo del proceso de sensibilización. El término kindling se refiere a un método experimental en el cual una estimulación eléctrica subumbral repetida de manera local acaba por producir una respuesta extendida de modo permanente (descargas y crisis espontáneas recurrentes). En Neurología se han propuesto las traducciones “activación propagada” (Navarro, 1998) y “activación inducida crónica” (Zarranz, 1998).

otras alteraciones psicopatológicas (Riskind, Alloy e Iacobello, 2010). Harvey, Watkins, Nasell y Shafran (2004) señalan la necesidad de una perspectiva *transdiagnóstica* en la investigación y el tratamiento de los trastornos psíquicos, frente a la tendencia tradicional de estudiar aisladamente y en paralelo diferentes trastornos. En esa línea, Barlow y colaboradores (Allen, McHugh y Barlow, 2008; Barlow, Allen y Choate, 2004; Wilamowska, Thompson-Hollands, Fairholme, Ellard, Farchione y Barlow, 2010) han desarrollado un protocolo de tratamiento para trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y del ánimo unipolar) con evidencia de la eficacia de esta estrategia (Farchione et al., 2012) y potenciales aplicaciones a otros trastornos (McHugh, Murray y Barlow, 2009) y a población infantil (Ehrenreich-May y Bilek, 2012).

1.2. Concepto de estresor

Ingram et al. (1998) sugieren definirlo como los “sucesos vitales (mayores o menores) que alteran los mecanismos mantenedores de la estabilidad cognitiva, emocional, fisiológica del individuo, desafiando sus recursos de afrontamiento” (pág. 76). Se observa así cómo en su propia definición se encuentra ya una alusión a la vulnerabilidad personal (dado que será todo suceso que altere *la estabilidad del sujeto*), apuntando a las dificultades de diferenciación entre vulnerabilidad y estrés y los problemas para su medición objetiva en base a criterios prefijados.

La influencia de la vulnerabilidad sobre el estrés puede darse mediante la facilitación de interpretaciones y evaluaciones del impacto de los sucesos estresantes (Riskind y Alloy, 2006) y a través de la facilitación de estrés autogenerado incluso en períodos de remisión: características como la autonomía, la búsqueda de reaseguración o las expectativas negativas se relacionan con la generación de estrés interpersonal (Hammen, 2005; Hankin, 2010; Liu y Alloy, 2010; Safford, Alloy, Abramson y Crossfield, 2007). Además, el mismo hecho de atravesar un episodio depresivo puede suponer cambios en estructuras esquemáticas referidas al self

facilitando la accesibilidad de autoesquemas y procesos cognitivos negativos. Esto explicaría las elevadas tasas de recurrencia del trastorno y por qué el papel de los estresores parece ser mayor en primeros episodios que en episodios posteriores (ej: Kendler, Thornton y Gardner, 2000; Kendler, Thornton y Gardner, 2001).

1.3. Modelos cognitivos de vulnerabilidad a la depresión

La importancia de la vulnerabilidad cognitiva estriba en su elevado poder explicativo, dado que los factores cognitivos pueden ser considerados los mediadores de todos los demás procesos de vulnerabilidad psicológica, incluidos los procesos interpersonales (Ingram et al., 2006): el mantenimiento de mejorías terapéuticas a largo plazo y la prevención de recaídas dependen en gran medida de la reducción de este tipo de vulnerabilidades (Baert, Koster y De Raedt, 2011; Scher, Ingram y Segal, 2005). El modelo cognitivo ha demostrado además su capacidad para integrar observaciones de otros modelos como el conductual, el psicoanalítico, el etológico o las aportaciones de la investigación cognitiva experimental (Riskind y Alloy, 2006).

La cuestión de la vulnerabilidad cognitiva a la depresión recibe diferentes predicciones desde los distintos modelos explicativos, con una proliferación de teorías que dificulta la realización de una revisión exhaustiva de las mismas. Las aportaciones de todos los modelos han sido indudablemente valiosas tanto para el ámbito de la investigación como de la clínica, si bien no todas ellas se han considerado con el mismo peso para los objetivos de la presente investigación. La selección realizada ha intentado atender a los modelos cognitivos con especial atención sobre los autoesquemas, dado que una asunción fundamental de la teoría cognitiva es que el autoconocimiento o la representación interna del self dentro del sistema de procesamiento de información es la base de todos los procesos y funciones auto-referentes que pueden estar implicados en la experiencia de la emoción (Clark et al, 1999; Wisco, 2009).

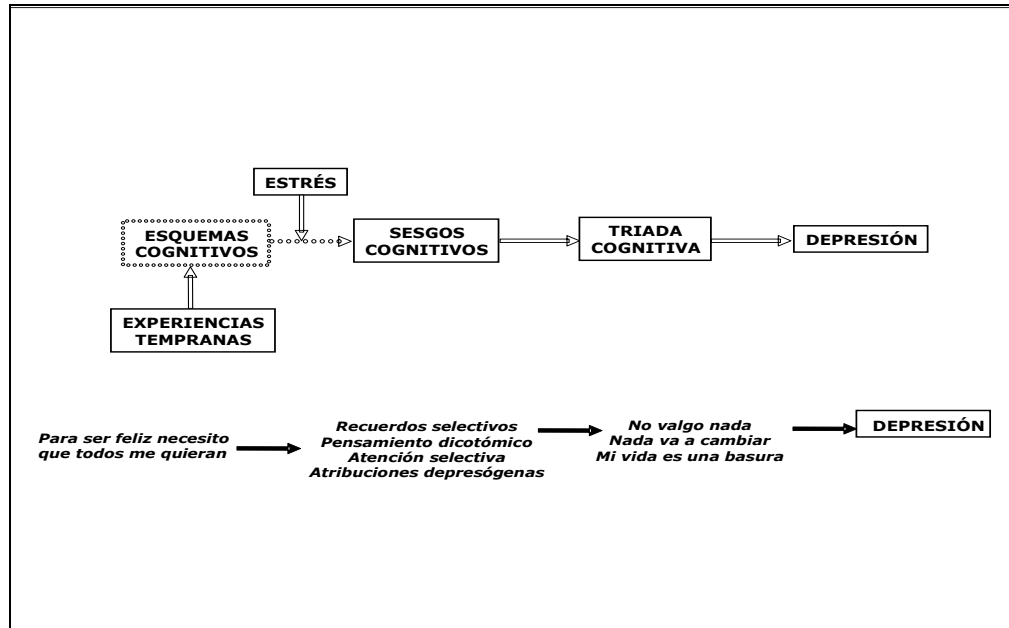
Teoría cognitiva de Beck

Entre los modelos explicativos que tratan la relación entre procesos cognitivos y trastornos afectivos, posiblemente uno de los más extendidos y aceptados ha sido el propuesto por Aaron T. Beck (1963, 1967, 1983, 1987, 1991) que, partiendo de una perspectiva clínica, ha incorporado conceptos y planteamientos del paradigma del procesamiento de la información.

En su propuesta inicial, Beck plantea diferentes niveles de cognición: los pensamientos automáticos, las creencias o cogniciones irracionales (actitudes disfuncionales) y los esquemas (donde adquieren especial relevancia los autoesquemas). De los esquemas, resultantes de la experiencia previa, se derivarían unas reglas inapropiadas por excesivamente rígidas caracterizadas por una base contractual para la autovalía o la felicidad (*actitudes disfuncionales*). Una vez activados, los esquemas y las actitudes disfuncionales provocarían toda una serie de distorsiones o sesgos en los diferentes procesos cognitivos (atención, memoria, razonamiento inferencial...) que, a su vez, darían origen a productos mentales negativos sesgados (*pensamientos negativos*) referidos a una visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro (**tríada cognitiva**). Esta tríada cognitiva llevaría a otros **síntomas** característicos de la depresión (afectivos, motivacionales, conductuales...). El proceso se resume en la figura 1.

Los esquemas **disfuncionales** relacionados con la patología depresiva se caracterizarían por ser rígidos, impermeables y concretos, frente a los más flexibles y adaptativos propios de la normalidad. El **contenido** de estos esquemas depresógenos se referiría fundamentalmente a información **auto-referente**. El **autoesquema** contiene información auto-evaluativa (reglas o condiciones para valorarse a uno mismo) y juicios de valía personal que reflejan el nivel de autoestima.

Figura 1. Modelo cognitivo estándar (Beck 1967, 1976). Adaptación de Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero (2010).



Los esquemas negativos podrían englobarse bajo dos constelaciones de personalidad supraordenadas más generales: sociotropía/dependencia y autonomía/logro (Beck, 1983). Estos dos constructos de personalidad se introducen como posibles factores de vulnerabilidad que pueden influir sobre el afrontamiento de estresores, las características clínicas y la respuesta a los tratamientos psicológicos (Clark et al., 1999). Los esquemas sociotrópicos o socialmente dependientes incluyen actitudes y creencias que valoran muy especialmente las relaciones interpersonales, haciendo depender la propia autoestima de la aceptación, aprobación, apoyo y guía de los otros (y consecuentemente la evitación del rechazo o las discusiones interpersonales). Por su parte, los esquemas autónomos incluyen actitudes que enfatizan el perfeccionismo, la importancia de la independencia, la autodeterminación y los logros.

Como dimensiones de personalidad, la sociotropía y la autonomía serían evidentes, hasta cierto grado, en todas las personas; lo que caracterizaría a los vulnerables sería el mantenimiento rígido y/o extremo de esas creencias y su asociación con la visión de uno mismo como indefenso y no querido. Un individuo

habitualmente muestra características más marcadas de un tipo, si bien también puede cambiar de un tipo a otro dependiendo de los diferentes sucesos vitales. Beck (1983) sugiere que la autonomía es más habitual en hombres y la sociotropía en mujeres. Este planteamiento es coherente con la diferente construcción del self (concepto de Markus y Kitayama, 1991) que se refuerza socialmente en uno y otro género: mientras que en varones se fomenta una construcción independiente del self, reforzando la promoción de metas individuales y la autodeterminación, en mujeres tiende a reforzarse una construcción interdependiente del self, más conectado a otros, con metas grupales y valoración de la importancia del rol en el grupo. Gorski y Young (2002) confirman estas diferencias de género en autonomía, no así en sociotropía.

Estas organizaciones de personalidad en sí mismas no producirían la depresión sino que necesitarían de un estresor precipitante congruente. Esto es, estos esquemas se activarían ante sucesos estresantes relacionados con las preocupaciones del individuo (*hipótesis de la congruencia*): en líneas generales, las situaciones referidas a la aceptación/rechazo social y a la atracción/pérdida interpersonal activarían de forma específica los esquemas sociotrópicos, mientras que situaciones que restringen la autonomía o el logro de los objetivos serían apropiados para activar los esquemas autónomos.

Beck (1983) propone que sociotropía y autonomía constituyen también diferentes patrones de presentación clínica de la depresión, relacionándose la sociotropía con síntomas característicos de la depresión reactiva (sensación de privación) y la autonomía con síntomas propios de la depresión endógena (sensación de fracaso y autodepreciación). Además, se postula que los individuos sociótropos responderán mejor a las intervenciones más interpersonales y emocionales, mientras que las personas autónomas responderán mejor a intervenciones menos personales y más centradas en el problema (Clark et al., 1999). Aunque los modelos predictivos de respuesta al tratamiento cada vez adquieren más complejidad (Mazure, Bruce, Maciejewski y Jacobs, 2000), existe evidencia que

confirma que los muy autónomos muestran una mejor respuesta a farmacoterapia (Peselow, Robins, Sanfilipo, Block y Fieve, 1992) y los sociótipos mejor respuesta a terapia de grupo cognitiva (Zettle, Haflich y Reynolds, 1992).

Aunque las estructuras de significado idiosincrásicas maladaptativas (esquemas disfuncionales) han formado la base de la teoría cognitiva sobre los trastornos emocionales durante los últimos cuarenta años, diversos autores (p.ej. Teasdale y Barnard, 1993) reclamaron un nivel más amplio y global de representación que diera cuenta de las bases cognitivas de la emoción, proponiendo los modelos esquemáticos implicacionales. En esa línea, Beck (1996) posteriormente recurrió al concepto de “*modo*”, que representa un constructo organizador más amplio e integrador que el de esquema en la representación de significado. Un modo se concibe como una agrupación específica de esquemas cognitivo-conceptuales, afectivos, fisiológicos, conductuales y motivacionales organizados para tratar con demandas particulares del organismo. El procesamiento de información a nivel modal se caracteriza por ser (a) más compleja, integradora y global; (b) automática, sin esfuerzo y menos analítica; (c) hipervalente de modo que una vez activada fácilmente domina el sistema de procesamiento de información; y (d) dirigida desde esquemas, es decir, de arriba a abajo (procesamiento dirigido conceptualmente) (Clark et al., 1999).

Dos categorías de “modos” son especialmente relevantes para la depresión. Los *modos constructivos*, fundamentalmente contruidos a través de las experiencias vitales, promueven actividades dirigidas a aumentar los recursos vitales del individuo, como por ejemplo las estrategias de regulación del estado de ánimo. Los *modos primales* tratan con cuestiones inmediatas o básicas relacionadas con objetivos fundamentales para la supervivencia, favoreciendo un sistema de procesamiento cognitivo automático, rápido, eficiente en detrimento de la flexibilidad y la accesibilidad al control consciente. El *modo de pérdida o deprivación* sería el modo primal relacionado con la tristeza. Se caracterizaría por (a) la percepción de una pérdida (actual o temida) de recursos vitales propios (a nivel de esquemas cognitivo-

conceptuales), (b) un estado subjetivo de disforia o tristeza (a nivel de esquemas afectivos), (c) un estado percibido de fatiga o desactivación fisiológica (esquemas fisiológicos); (d) un estado de indefensión, ausencia de meta, o pérdida de atracción por lo placentero (esquemas motivacionales); y (e) un plan de acción caracterizado por el aislamiento y la inactividad (esquemas conductuales). La suborganización de personalidad predepresiva postulada en los desarrollos anteriores de la teoría (sociotropía o autonomía) se asociaría así con el modo primal de pérdida activando este funcionamiento global a diferentes niveles.

En cualquier caso, Beck insiste en que los esquemas latentes depresógenos contribuyen a aumentar el riesgo de depresión pero no constituyen rasgos ni necesarios ni suficientes, aceptando que otras características pueden contribuir a la vulnerabilidad a la depresión.

Desarrollos posteriores en relación a autoesquemas

Kuiper, Olinger y MacDonald (1988) proponen un modelo de autoesquema que enriquece la propuesta de Beck con el concepto de *consolidación* del autoesquema. La consolidación del autoesquema es el grado de consistencia o integración del conocimiento que lo compone, lo que se traduce en una mayor eficiencia en el procesamiento de la información relacionada con ese contenido. La clave de la vulnerabilidad estaría no tanto en el contenido negativo del autoesquema, que sería un concomitante de la depresión, sino en la escasa consolidación del auto-esquema positivo. Aunque los individuos vulnerables tienen una visión positiva de sí mismos cuando no están deprimidos, este autoesquema está pobremente consolidado. Debido a que la persona confía en rígidas contingencias para determinar su autovalía, su visión positiva de sí mismos está sujeta a frecuente reevaluación e interpretación, lo que contribuye a su vez a una mayor incertidumbre sobre atributos auto-referentes y, por tanto, a un autoesquema pobremente consolidado.

En una línea similar, posteriormente Roberts y Monroe (1994) convierten el concepto de *autoestima vulnerable* en un factor crítico en la etiología y mantenimiento de la depresión, defendiendo que es la inestabilidad temporal de la autoestima (o autoestima lábil) y no una baja autoestima como rasgo, lo que caracteriza a la vulnerabilidad de la autoestima en depresión. La autoestima vulnerable se caracteriza, entre otros rasgos, por una pobre consolidación en términos de incertidumbre, inconsistencia y procesamiento más lento o menos eficiente dentro de las estructuras de conocimiento auto-evaluativas. Ello conduce a una mayor reactividad ante estímulos negativos e inestabilidad temporal de la autoestima (ya que es más reactiva a los estresores diarios). Esta reactividad de la autoestima afectará a otros factores como los recursos de afrontamiento, auto-generación de estrés, pobre regulación de afecto y conflicto interpersonal. En la última década en el ámbito de la psicología de la personalidad ha adquirido progresiva relevancia la congruencia entre autoestima implícita y explícita como predictor del ajuste emocional (p.ej: Kernis, 2003; Schröder-Abé, Rudolph y Schütz, 2007). La autoestima explícita aludiría a las actitudes conscientes expresadas hacia el sí mismo, mientras que la autoestima implícita reflejaría asociaciones automáticas entre el autoconcepto y la positividad o negatividad, más relacionada con el aprendizaje experiencial temprano (p.ej: Rudman, 2004) y con la predicción de afecto negativo cotidiano (Conner y Feldman-Barrett, 2005).

En conjunto, lo difícil es encontrar un modelo explicativo que no considere nucleares los autoesquemas o la autoestima. Por ejemplo, la teoría de la desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989) incluye como característica del estilo inferencial depresógeno la inferencia de un significado global negativo sobre uno mismo. Otras propuestas destacan más explícitamente la importancia de la información auto-referente y su inestabilidad (Fennell, 1997; Pyszczynski y Greenberg, 1987, 1992).

Desarrollos posteriores en la organización del sistema cognitivo

A nivel atencional, los sesgos en la propuesta clásica de Beck consistirían en una atención selectiva hacia los sucesos aversivos o los aspectos negativos de sí mismo en los casos de depresión grave o clínica (*abstracción selectiva*), y una ausencia de sesgo en depresión leve o subclínica, en contraste con las personas “normales” o no deprimidas que atenderían selectivamente a la información positiva (Beck, 1991).

El ***Modelo de los Subsistemas Cognitivos Interactivos*** (Teasdale y Barnard, 1993) propone que los diversos tipos de información se codifican en diferentes subsistemas o códigos mentales a diferentes niveles: superficial (visual, auditiva, propioceptiva), intermedio (morfológico, de objeto) y de significado (proposicional, implicacional). El nivel proposicional constituiría un nivel más específico que incluye conceptos y relaciones entre ellos mientras que el nivel implicacional sería un nivel holístico que aludiría al conocimiento implícito ligado a la emoción pero no traducible directamente al lenguaje (p.ej: cogniciones globales ligadas al sentido genérico del self o constructos evaluativos nucleares de significado personal).

Desde esta propuesta, la distinción entre procesamiento automático y controlado es más un continuo que una simple dicotomía. En un polo de esta dimensión, los procesamientos automáticos se caracterizarían por un mayor uso de registros de memoria y/o sólo algunos intercambios de información entre los subsistemas. Al otro final de la dimensión, las tareas complejas y nuevas, requieren muchos ciclos de procesamiento interno implicando muchos intercambios inferenciales y continuo acceso a registros de memoria.

Las discrepancias potenciales entre representaciones almacenadas tienen prioridad en el control de ciclos de actividad de procesamiento, pero esos ciclos de procesamiento pueden quedarse “enganchados”. Aplicado a la depresión, lo normal ante un fracaso repetido en una búsqueda de meta es desengancharse de los intentos de conseguir esa meta, pero cuando la persona dispone de unos modelos

esquemáticos en los que la valía personal se relaciona con evitar la evaluación negativa de la actuación de uno mismo, desistir de la meta significa aceptar una evaluación negativa de sí mismo. Por el contrario, cambios en las variables “complaceme a mí antes que a los otros” versus “complacer a los otros antes que a mí” pueden transformar modelos de self inaceptable en modelos de self aceptable. La dependencia de esta condición sucedería porque el resto de contexto implicacional se acerca a un modelo de self global negativo, por lo que el incentivo para conseguir un valor de una variable que evite “completar” el patrón en tal modelo negativo será extremadamente alto. Desde esta perspectiva, los pacientes deprimidos clínicamente no se desenganchan de sus intentos por ganar la aprobación de los otros, el éxito o recuperar relaciones perdidas porque, de hacerlo, las implicaciones para su visión de sí mismos y el futuro serían demasiado graves. Así, se observa que el sistema, desde su propio punto de vista, tiene importantes razones motivacionales para mantener ese patrón de procesamiento que, desde fuera, parece auto-destructivo.

El ***Modelo SPAARS*** (Power y Dalgleish, 1997) propone igualmente diferentes niveles de representación, que son los que dan nombre al modelo (*SPAARS: Schematic, Propositional, Analogical, and Associative Representation Systems*). El nivel de modelos esquemáticos es similar al nivel implicacional propuesto por Teasdale y Barnard (1993).

Asumiendo un enfoque funcional de las emociones (p.ej. Oakley y Johnson-Laird, 1987), el modelo SPAARS plantea que cada emoción activada llevaría al sistema SPAARS a reconfigurarse en función de las metas (inhibiendo otras), desactivándose después. En este contexto, la tristeza estaría vinculada a la interpretación de la pérdida de un objeto significativo o meta. La vulnerabilidad a la depresión estaría ligada a la sobrevaloración de una meta o rol, si bien en algunos casos podría estar vinculada a un vacío de metas o a que las metas no se perciben como contingentes con la propia conducta.

Aunque ante una emoción el ciclo normal implica una activación-desactivación, los individuos pueden quedar “enganchados” en un módulo emocional particular debido a la activación recíproca de los diferentes componentes del sistema. El sistema SPAARS es concebido como un sistema auto-organizante en el que las representaciones activas en cualquiera de los diferentes niveles son función de los modelos esquemáticos dominantes en ese momento. Así, si modelos esquemáticos negativos del self se convierten en dominantes, la información autorreferente negativa estará más activa y accesible en los niveles proposicional y analógico, y atención, percepción y memoria estarán sesgadas favoreciendo la información congruente con los modelos esquemáticos dominantes.

Desarrollos posteriores en relación a procesos auto-regulatorios

Posiblemente uno de los aspectos más interesantes de la propuesta de Power y Dalgleish sea la revisión de los constructos de consciente e inconsciente psicológico, desde los que dan cuenta de una variedad de fenómenos conflictivos y desincronizados que caracterizan las emociones y que necesitan ser considerados en cualquier modelo comprensivo de la vida emocional. Desde el modelo SPAARS, el grado en el que una persona es consciente de un contenido (de cualquier nivel representacional) depende del grado de atención prestado a la información, el nivel de activación de esa información en el sistema, la configuración actual de los modelos esquemáticos y la influencia de procesos inhibitorios del sistema. El *patrón de inhibición* es dictado por los modelos esquemáticos dominantes del individuo que se reflejan en sus estructuras activas de meta. El sistema en conjunto intentará integrar la nueva información con los modelos existentes. La información incompatible con los modelos esquemáticos dominantes puede ser ignorada o reinterpretada, pero si es excesivamente significativa puede quebrantar los modelos existentes, planteando un conflicto entre la información entrante (material no deseado) y creencias nucleares sobre el sí mismo, otros significativos o metas y planes vitales. También puede ocurrir

que los modelos esquemáticos (del self, otros, el mundo) sean tan dominantes que no permitan ninguna información incompatible con ellos. Una solución a tal conflicto sería la inhibición del material no deseado con el fin de preservar el sistema básico de creencias (*resistencia al cambio*).

Power y Dalgleish (1997) retoman el concepto de **estilo represor** (Weinberger, 1990; Weinberger, Schwartz y Davidson, 1979) para dar cuenta de la negación y defensa de información estresante que se realiza mediante la evitación de cogniciones disturbadoras. El estilo represor se caracteriza por una auto-conciencia limitada y un estilo superficial, evitativo de procesamiento de información (Bonanno y Singer, 1990), particularmente en el procesamiento de información afectiva negativa (Weinberger, 1990). Si bien el objetivo de este estilo sería protector, las consecuencias podrían ser desadaptativas ya que el umbral elevado para el reconocimiento consciente de estímulos ansiógenos puede interferir con un afrontamiento efectivo sin evitar las respuestas conductuales y fisiológicas negativas propias de la ansiedad (Weinberger, Schwartz y Davidson, 1979). De hecho, es característica de este estilo la discrepancia entre la ansiedad auto-informada y las medidas fisiológicas y conductuales de ansiedad (p.ej: Calvo y Miguel-Tobal, 1998), así como una peor salud física (p.ej: Myers y Derakshan, 2004a). Schooler (2002) propone que las personas represoras se caracterizarían por una ausencia de meta-conciencia de su estado interno.

Derakshan, Eysenck y Myers (2007) plantean una teoría de vigilancia-evitación en el estilo represor de afrontamiento proponiendo un funcionamiento en dos estadios. En primer lugar, se daría una rápida respuesta inicial de vigilancia que dispararía respuestas conductuales y fisiológicas de activación e implicaría sesgos atencionales e interpretativos hacia estímulos amenazantes auto-relevantes. Este estadio inicial de vigilancia sería seguido de un estadio de evitación que implicaría sesgos de evitación cognitiva (a nivel atencional, interpretativo y mnésico) que inhibirían la experiencia consciente de ansiedad. El estadio de vigilancia ocurriría rápidamente e implicaría procesos automáticos y no conscientes, mientras que el estadio evitativo implicaría

procesos estratégicos y controlados. Este funcionamiento secuencial, sin embargo, respondería a variables contextuales, de modo que sólo se pondría en marcha en situaciones auto-amenazantes: la evitación se realizaría para defenderse después de procesar que un determinado estímulo implica de algún modo una amenaza. Hay datos empíricos que confirman este enfoque interaccional del estilo represor (p.ej: Mendolia, 2002; Myers y Derakshan, 2004b; Newman y McKinney, 2002).

A nivel operativo, Weinberger, Schwartz y Davidson (1979) propusieron definir el estilo represor de afrontamiento como la conjunción de una reducida ansiedad manifiesta y una alta defensividad. Se estima que entre un 10 y un 20% de la población general podrían mantener un estilo represor (Myers, 2000).

Además de esta inhibición de la información incompatible con las representaciones esquemáticas activas del individuo, pueden establecerse modelos esquemáticos alternativos del mundo, el sí mismo y los otros, inhibidos la mayor parte del tiempo pero con potencial para dominar el sistema, por ejemplo, en momentos de estrés o en particulares estados emocionales. El origen de estos modelos alternativos del sí mismo, el mundo y los otros estaría, al igual que los dominantes, en la niñez, y su existencia supondría un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos emocionales. La depresión aparecería ante la ocurrencia de un suceso vital ajustado a los modelos normalmente inhibidos, permitiéndoles dominar el sistema. Sin embargo, aún hay más mecanismos que la persona puede poner en marcha para evitar la depresión.

En los modelos de vulnerabilidad cognitiva de las últimas décadas, han tomado creciente importancia los procesos de regulación metacognitiva: procesos orientados a controlar y monitorizar las propias cogniciones (Harvey et al., 2004). Un ejemplo de este tipo de procesos lo constituye la **supresión del pensamiento** (Wegner, 1994; Wegner y Wenzlaff, 1996). Es importante constatar que mientras la represión se conceptualiza como un proceso básicamente inconsciente, la supresión es un proceso con un componente fundamental de control consciente (Luciano y Algarabel, 2006).

Según la teoría de los procesos irónicos (Wegner, 1994; Wegner y Wenzlaff, 1996), la supresión de pensamiento implica dos mecanismos:

- un proceso de distracción intencional, controlado y conscientemente guiado, que lleva la atención lejos de los pensamientos no deseados,
- un sistema de monitorización, normalmente inconsciente y menos demandante de esfuerzo mental, que permanece vigilante a las intrusiones que señalarían la necesidad de renovar los esfuerzos de distracción.

Bajo circunstancias normales, estos dos procesos trabajan en concierto de modo que el proceso de distracción retira la conciencia de pensamientos indeseables y el sistema de monitorización sutilmente lo dirige a mayor actividad ante el primer signo de fallo. Sin embargo, el proceso de monitorización también contribuye a que los pensamientos no deseados nunca se alejen demasiado de la conciencia, facilitando su influencia cuando la distracción se interrumpe. Ya que la distracción requiere recursos cognitivos considerables para ser efectiva, falla cuando la demanda cognitiva aumenta, permitiendo así que los pensamientos no deseados ejerzan una mayor influencia sobre la conciencia.

Aunque la supresión de pensamiento se ha mostrado como un proceso común a diferentes trastornos (Harvey et al., 2004), adquiere una especial relevancia en el estudio de la vulnerabilidad a la depresión, ya que puede dificultar la detección de sesgos negativos en individuos vulnerables por el esfuerzo activo de suprimir el pensamiento depresivo, como un intento de auto-regular su estado de ánimo (Wenzlaff, Rude, Taylor, Stultz y Sweatt, 2001).

Wenzlaff et al. (2001) sugieren que individuos previamente deprimidos (considerados, por tanto, vulnerables a la depresión) aún poseen esquemas negativos, pero han sido capaces de conseguir algún grado de control a través del proceso de supresión de pensamiento. La excesiva confianza de los previamente deprimidos en la supresión de pensamiento estaría sugiriendo así un conflicto entre las actitudes positivas que quieren asumir y las creencias disfuncionales que intentan controlar.

Este estado les llevaría a presentar actitudes positivas, pero presentar mucha incertidumbre con respecto a esas creencias. Esto es coherente con los hallazgos de Kuiper et al. sobre el autoesquema pobremente consolidado de los vulnerables a la depresión y los resultados encontrados por Wenzlaff et al. (2001) sobre altos niveles de supresión de pensamiento en personas con antecedentes de depresión.

Otro factor de vulnerabilidad que ha adquirido progresivo interés en las últimas décadas ha sido el **estilo rumiativo** en el afrontamiento de la tristeza (Nolen-Hoeksema, 1987, 1991). Las respuestas rumiativas consisten en un estilo conductual y atencional que focaliza la atención del individuo deprimido en sus síntomas y las posibles causas y consecuencias de esos síntomas, sin iniciar una resolución de problemas activa y estructurada (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). De este modo, podría ser considerado un proceso disfuncional de regulación emocional, dado que el estilo rumiativo puede exacerbar y prolongar la depresión mediante su influencia sobre sesgos y déficit cognitivos y conductas sociales (Flynn, Kecmanovic y Alloy, 2010; Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008).

Sin embargo, no siempre el pensamiento continuado sobre un problema es un proceso disfuncional, ya que puede conducir a nuevas soluciones de un problema. Diferentes autores (p.ej: Ingram et al., 1998; Treynor, González y Nolen-Hoeksema, 2003; Watkins y Teasdale, 2004) proponen distinguir el proceso adaptativo de reflexión (intencional, deliberado, centrado en el problema y con un modo mental abierto, creativo y orientado a la exploración) del proceso disfuncional de cavilación (*brooding*) (hábito relativamente automático, abstracto, con un modo mental centrado en la evitación de lo aversivo). Sólo el componente desadaptativo del estilo rumiativo predice claramente deterioro atencional (Daches, Mor, Winkquist y Gilboa-Schechtman, 2010) y aumentos en sintomatología depresiva a largo plazo (Treynor et al., 2003; Joormann, 2006; Joormann, Dkane y Gotlib, 2006), si bien recientemente Joormann y Gotlib (2010) plantean que la reflexión podría no ser tan adaptativa en personas con experiencias previas de depresión.

El modelo metacognitivo de trastorno emocional (Wells y Matthews 1994, 1996) integra el rol de la rumiación, la evitación y la supresión cognitiva en el origen de la persistencia y recurrencia de la depresión. De acuerdo con este modelo, el mantenimiento de la alteración emocional se asocia con un estilo de pensamiento denominado “síndrome cognitivo-atencional” (Cognitive-Attentional Syndrome, CAS) consistente en pensamiento repetitivo (preocupación y rumiación) y conductas de afrontamiento como la evitación y la supresión de pensamientos poco eficaces por sus consecuencias en el contexto interpersonal y porque evitan poner a prueba creencias disfuncionales. El origen de este síndrome se encontraría en creencias metacognitivas, positivas sobre la rumiación y la monitorización de la amenaza y negativas sobre la incontrolabilidad y significado de pensamientos y sentimientos. Estas creencias facilitarían un ciclo disfuncional ante el estado de ánimo negativo.

1.4. Resultados empíricos en el estudio de la vulnerabilidad a la depresión.

El papel de los factores cognitivos en el inicio y recidivas de la depresión ha recibido apoyo empírico (Kuyken, Dalgleish y Holden, 2007) tanto de forma directa - predicción de un episodio depresivo- como indirecta, a través de la demostración de la eficacia de las terapias cognitivas (p.ej: Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006).

En cuanto al apoyo indirecto a los modelos cognitivos, aunque la eficacia de una terapia no supone la refutación total del modelo subyacente, es importante destacar que el cambio en las variables cognitivas que se suponen etiológicas se relaciona no sólo con la mejoría de síntomas sino especialmente con una reducción del riesgo de recidivas en comparación con las terapias farmacológicas (Hollon, DeRubeis, Shelton, Amsterdam y Salomon, 2005; Paykel; 2007). Segal y cols. (Segal et al., 1996; Segal, Kennedy, Gemar, Hood, Pedersen y Buis, 2006) encuentran que la menor reactividad cognitiva ante una inducción de estado de ánimo depresivo de los pacientes que han pasado por terapia cognitivo-conductual (versus farmacoterapia)

explica la menor probabilidad de recidiva en el seguimiento (18 meses). Esta disminución de la susceptibilidad de recaída puede interpretarse como una demostración de que al menos parte de la vulnerabilidad se encuentra precisamente en las estructuras cognitivas que han sido objeto de modificación en la terapia psicológica.

Por otro lado, el apoyo directo a los modelos cognitivos se hace más complicado por la necesidad de considerar variables en interacción en los términos vulnerabilidad-estrés y por la complejidad de la vulnerabilidad cognitiva en cuanto a su conceptualización y medida.

La propuesta de un modelo de vulnerabilidad-estrés ha recibido el apoyo de diversos estudios empíricos en la predicción de síntomas depresivos, si bien también hay estudios que no lo avalan (ver revisión en Alloy, Abramson, Safford y Gibb, 2006). La divergencia de resultados puede entenderse si se tiene en cuenta que la complejidad de la interacción vulnerabilidad-estrés plantea diversas cuestiones que han sido abordadas en la investigación sobre depresión de diferentes maneras. Adquieren especial relevancia en este sentido los resultados sobre valoración subjetiva del estrés, el concepto de estrés “dependiente de la persona” (Hammen, 1991), la distinción entre primeros episodios y recidivas, y las diferentes tipologías de estresores, incluyendo la hipótesis de la congruencia.

Estrés y depresión

La teoría cognitiva predice que los esquemas median la interpretación del significado, y con ello del impacto, de los sucesos estresantes, así como su recuerdo (sesgado por ese impacto afectivo). Este hecho ha sido constatado repetidamente por la investigación. Las valoraciones de estrés realizadas por autoinforme (ej: Psychiatric Epidemiology Life Events Research Interview, PERI, Snell-Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy y Dohrenwend, 1978) tienden a estimar más sucesos vitales y realizar valoraciones de mayor severidad de los sucesos frente a las realizadas por

entrevistador (ej: Bedford College Life Events and Difficulties Schedule, LEDS, Brown, 1989), especialmente en el caso de personas con puntuaciones elevadas en actitudes disfuncionales (p.ej: Hankin, 2010). Roberts y Kassel (1997), en base a los resultados de un estudio prospectivo de dos meses, concluyen que la medida de estrés vital subjetiva predice mejor la sintomatología depresiva.

El concepto de “estrés dependiente de la persona” (sucesos en los que el individuo juega un papel, como los sucesos interpersonales) se debe a Hammen (1991). Esta autora observó que mujeres con historia previa de depresión, en un seguimiento de un año, informaban de igual número de sucesos estresantes “independientes de la persona” pero de más sucesos estresantes “dependientes de la persona” (comparadas con grupos de mujeres bipolares, con enfermedad médica y sin patología). Posteriormente, se ha replicado el resultado en otras edades y en investigaciones realizadas con hombres (ver Hammen, 2005), si bien el efecto parece acentuado en mujeres (Safford et al., 2007). Más recientemente, en el proyecto prospectivo *Cognitive Vulnerability to Depression* (CVD), dirigido por dos investigadoras de las Universidades de Temple (Lauren Alloy) y Wisconsin (Lynn Abramson), se ha encontrado que las personas de alto riesgo cognitivo (medido a partir del estilo atribucional y las actitudes disfuncionales) presentan el mismo número de sucesos vitales estresantes independientes que las de bajo riesgo pero prácticamente duplican el número de sucesos dependientes vividos en los últimos 6 meses (Safford et al., 2007). Es más, pacientes con episodio depresivo recurrente informan de más sucesos dependientes que los de primeros episodios (Harkness, Monroe, Simons y Thase, 1999), lo que puede sugerir un posible aumento del *efecto de generación de estrés* paralelo al aumento de la vulnerabilidad (Hankin, 2010). Analizando la relación en sentido causal inverso, los sucesos dependientes son más predictivos de inicio de depresión que los independientes (Kendler, Karkowski y Prescott, 1999). Kendler y Gardner (2010) advierten la importancia de diferenciar

correlación y causalidad al analizar la asociación entre riesgo depresivo y estrés autogenerado.

Por otra parte, el papel de los estresores parece ser mayor en primeros episodios que en episodios posteriores. Este dato fue constatado por primera vez por Post (Post, Rubinow y Ballenger, 1984; Post, 1992, 2007), -quien lo atribuía a los cambios neurobiológicos- y replicado posteriormente en diversas investigaciones (ver la revisión de Hammen, 2005). En una de ellas, Lewinsohn, Allen, Seeley y Gotlib (1999) observaron que se necesitaban al menos 3 sucesos estresantes para desencadenar un primer episodio de depresión mayor mientras que en el caso de las depresiones recurrentes bastaba un suceso estresante previo para desencadenar el nuevo episodio. De forma similar, Kendler, Thornton y Gardner (2000), en un estudio longitudinal con 2400 mujeres gemelas, observaron que la asociación entre estrés y depresión disminuía según aumentaba el número de episodios depresivos previos (hasta los 6-8 episodios, estancándose la relación posteriormente). Posteriores análisis mostraron que la relación estrés-depresión en las personas de alto riesgo genético era similar a las personas de bajo riesgo con un pasado de tres episodios depresivos (Kendler, Thornton y Gardner, 2001). Los conceptos de *kindling*, sensibilización y reactividad cognitiva pretenden dar respuesta a estos resultados en el marco de la teoría cognitiva.

Otra cuestión problemática es la dificultad para establecer criterios temporales en la consideración de determinados sucesos como desencadenantes. La mayoría de la literatura empírica sobre la relación entre estrés y depresión se ha centrado en *estresores episódicos*, llegando a la conclusión de que la mayoría de los episodios de depresión mayor son precedidos por sucesos vitales estresantes (en un intervalo entre uno y seis meses, habitualmente un mes), siendo predictivos tanto el número como la gravedad del estresor (Hammen, 2005). Sin embargo, aunque se suele hablar de “estresor” en sentido singular, hay evidencia que sugiere que los estresores de baja

intensidad pero crónicos⁴ son más prevalentes que los estresores mayores y pueden tener una mayor capacidad explicativa que los estresores agudos en los trastornos del estado de ánimo (ej.: McGonagle y Kessler, 1990; Turner, Wheaton y Lloyd, 1995). Considerando así que el estrés puede ser identificado con la acumulación de sucesos menores o dificultades cotidianas, adquiere sentido que factores como un bajo apoyo social, la pobreza o la falta de educación contribuyan a incrementar la probabilidad de padecer episodios de depresión (ESEMeD/MHEDEA, 2004; Lorant, Deliege y Eaton, 2003).

Una cuestión más compleja es la ocurrencia conjunta de estresores crónicos y estresores episódicos. Aunque la situación puede parecer en principio de máximo riesgo (“espirales de estrés”), los efectos no son tan claros. De hecho, se ha observado un efecto inesperado de interacción negativa de modo que el estrés crónico parece reducir el impacto del estrés agudo sobre la sintomatología depresiva (McGonagle y Kessler, 1990; Cairney, Boyle, Offord y Racine, 2003).

Una propuesta novedosa que combina los aspectos señalados respecto al tipo de estresor (crónico/agudo) y la distinción entre primeros episodios y recidivas ha sido realizada por Monroe, Slavich, Torres y Gotlib (2007). Basándose en los datos derivados de una muestra de 96 personas diagnosticadas de depresión mayor, estos autores encuentran que según aumenta el número de episodios depresivos sufridos por la persona parece darse una disminución de la importancia de los sucesos estresantes agudos y un aumento de la contribución de las dificultades severas crónicas.

Respecto al contenido de los estresores, los sucesos asociados en mayor grado a la depresión parecen ser aquellos que implican una pérdida personal significativa (Hammen, 2005; Kersting et al., 2009). Además, Kendler, Hettema, Butera, Gardener y Prescott (2003) matizan que los sucesos estresantes que suponen

⁴ McGonagle y Kessler (1990) operativizan el estrés crónico a partir de un período superior a 12 meses, si bien otros autores lo definen sólo a partir de 4 semanas (ver Hammen, 2005).

una combinación de humillación y pérdida (p.ej: una separación de pareja iniciada por el otro) son más depresógenos que la pérdida sola (incluyendo muerte). Si bien Kendler et al. (2003) no constatan diferencias de género, Hammen (2005), en su revisión de las investigaciones sobre estrés y depresión, apunta a que la mayoría de los estudios han sido realizados predominantemente en población femenina por lo que podría existir un sesgo relacionado con el género, por una mayor exposición⁵ y una posible mayor reactividad de las mujeres a determinados estresores (por ejemplo, estresores crónicos -McGonagle y Kessler, 1990). Maciejewski, Prigerson y Mazure (2001), señalan que, aunque ante algunos sucesos los dos géneros son igual de reactivos (muerte de pareja o de hijo, divorcio, problemas maritales), las mujeres son más reactivas a la muerte en un rango más amplio de relaciones.

Acerca del vínculo entre tipo de depresión (endógena o no) y estrés hay relativamente poca investigación. Las revisiones de Hammen (2005) y Mazure (1998) sugieren que ambos patrones de síntomas están relacionados con estresores, si bien en algunos estudios (ej: Frank, Anderson, Reynolds, Ritenour y Kupfer, 1994) encuentran más porcentaje en la no endógena. Brown, Harris y Hepworth (1994) encuentran que no hay diferencias en primeros episodios, pero sí en las recaídas. En cualquier caso, Hammen (2005) señala que este aspecto no está bien investigado porque los distintos estudios difieren en patrones de síntomas/criterios para definir la depresión endógena y los resultados se confunden con el efecto de la edad, dado que los síntomas endógenos son más frecuentes en mayores que, a su vez, generalmente informan de menor estrés. Una alternativa válida a los subtipos podrían ser los factores de síntomas que podrían explicar la susceptibilidad diferencial a sucesos estresantes, dado que es posible que distintas configuraciones de estresores generen diferentes patrones de síntomas. En esa línea, Keller, Neale y Kendler (2007) han demostrado que ante pérdidas interpersonales (rupturas de relaciones o muerte, por ejemplo)

⁵ Siguiendo la revisión de Hammer (2005), son vividos de forma más frecuente o casi exclusiva por mujeres las agresiones sexuales, la violencia de género, la maternidad sin pareja, el cuidado de familiares, entre otros.

destacan síntomas como la tristeza, la anhedonia o la pérdida de apetito, mientras que esos mismos síntomas son menos prominentes cuando la principal causa de la depresión son estresores crónicos. Así pues, es posible que se necesite incorporar una visión de la depresión más centrada en síntomas y constelaciones de síntomas (ver Costello, 1992) y menos en etiquetas diagnósticas generales que pueden oscurecer la naturaleza de los problemas sufridos por las personas y dificultar la posibilidad de hallar predictores potentes de la depresión.

Sobre la hipótesis de la congruencia, que plantea que los estresores deberían ser congruentes con la vulnerabilidad de la persona para desencadenar un trastorno, la evidencia parece demostrar que en tendencia general predicen mejor la depresión los sucesos emparejados con la vulnerabilidad determinada del sujeto, en especial en la asociación Sociotropía-sucesos interpersonales (Hammen, 2005). Sin embargo, existen diferentes divergencias en los resultados (p.ej: Cogswell, Alloy y Spasojevic, 2006) que podrían explicarse en función del tipo de muestra, el diferente impacto temporal (discreto/crónico) de estresores interpersonales y de logro, la problemática categorización a priori de los sucesos estresantes, las fluctuaciones que pueden darse a lo largo del curso vital en las variables Sociotropía/Autonomía, el instrumento empleado para medir vulnerabilidad cognitiva, o los síntomas evaluados (inclusión de irritabilidad, hostilidad...) en los distintos estudios (p.ej: Grondin, Johnson, Husky y Swendsen, 2011; Iacoviello, Grant, Alloy y Abramson, 2009).

Vulnerabilidad como rasgo latente

Un problema recurrente en gran parte de la investigación es que el patrón cognitivo en pacientes previamente deprimidos (vulnerables por tanto a la depresión) parece mostrarse como dependiente del estado normalizándose tras la recuperación incluso cuando no se han trabajado directamente las cogniciones negativas o creencias disfuncionales (ver revisión en Ingram et al., 1998). Esto significaría que, en condiciones normales, los vulnerables son indiferenciables de la población general

(Rude, Covich, Jarrold, Hedlund y Zentner, 2001), emergiendo las diferencias sólo cuando son confrontados con ciertos estresores. Aunque los resultados son coherentes con el concepto de latencia de la vulnerabilidad cognitiva, esta construcción de las variables cognitivas como latentes e inaccesibles ha sido criticada como un concepto infalseable que no puede ser probado empíricamente. Con el fin de abordar este problema, se han desarrollado diferentes propuestas entre las que se incluyen métodos experimentales indirectos para evaluar estructuras cognitivas latentes o metodologías de *priming* para activar el contenido latente (Segal y Dobson, 1992).

a) **Vulnerabilidad cognitiva a la depresión y estado de ánimo.** El estado de ánimo triste se ha utilizado en muchos estudios como análogo de sucesos ambientales que disparan la activación de estructuras cognitivas (efecto de facilitación o *priming*). Por ejemplo, en pacientes previamente deprimidos la adherencia a actitudes disfuncionales aumenta tras una inducción de estado de ánimo triste (Miranda, Gross, Persons y Hahn, 1998), lo que a su vez predice riesgo de recaída (Segal, Gemar y Williams, 1999; Gemar, Segal, Sagrati y Kennedy, 2001). La posibilidad de que la reactividad cognitiva sea un rasgo característico de poblaciones en riesgo de desarrollar una depresión y no simplemente una característica de los que han padecido el trastorno (Scher et al., 2005) queda apoyada por los estudios realizados con hijos de madres deprimidas, considerados por ello de alto riesgo, que muestran un procesamiento de información negativa sesgado en comparación con hijos de madres no deprimidas (p.ej: Kujawa et al., 2011).

Otros autores sostienen, sin embargo, que la manifestación de vulnerabilidad cognitiva mediante elevadas actitudes disfuncionales puede manifestarse independientemente del estado de ánimo actual y de la historia previa de depresión (Clark et al., 1999; Alloy, Abramson, Safford y Gibb, 2006). Dykman y Johll (1998), en un estudio longitudinal con una muestra de 275 estudiantes, observaron que actitudes disfuncionales elevadas (medidas con la escala DAS) predecían cambios en la

sintomatología depresiva en participantes inicialmente asintomáticos (no en sintomáticos)⁶. Otto, Teachman, Cohen, Soares, Vitonis y Harlow (2007), en una investigación sobre una muestra de 750 mujeres (nunca deprimidas, recuperadas y deprimidas actualmente), encontraron que las actitudes disfuncionales (medidas a través de la escala DAS), predecían los episodios de depresión mayor en un seguimiento de tres años. En el marco del proyecto CVD de Temple-Wisconsin, se ha estudiado el riesgo cognitivo (medido a partir del estilo atribucional y las actitudes disfuncionales) en una muestra de universitarios encontrando una asociación de estas variables con un mayor riesgo de primer episodio depresivo mayor (OR = 7.4) y mayores tasas de recurrencia de episodios depresivos, controlando la historia previa de depresión (Alloy, Abramson, Whitehouse, Hogan, Panzarella y Rose, 2006).

b) Vulnerabilidad cognitiva a la depresión y Supresión de pensamientos. Ante la inestabilidad de la medida de actitudes disfuncionales, Wenzlaff, Rude y West (2002) plantean la posibilidad de que los individuos en riesgo estén intentando suprimir el pensamiento disfuncional, lo que haría más difícil su detección en una medida de procesamiento consciente como un cuestionario (medida habitual empleada para estudiar la vulnerabilidad cognitiva). De hecho, esos intentos de auto-regulación podrían alcanzar también a los métodos de facilitación o priming. Ya en 1985, Blackburn y Smyth encontraron que participantes previamente deprimidos eran resistentes a la inducción de estado de ánimo. Posteriormente, Teasdale et al. (1998) describieron cómo los previamente deprimidos daban respuestas más positivas que los controles tras una inducción de estado de ánimo negativo, posiblemente como un intento de compensar los efectos del procedimiento experimental.

Lamentablemente, la evidencia empírica ha demostrado que los esfuerzos por sentirse mejor intentando suprimir los pensamientos negativos suelen ser contraproducentes, dando lugar a un incremento en la accesibilidad de los pensamientos que se pretenden eliminar y, por tanto, del malestar (Wegner, 1994;

⁶ Este resultado era significativo en las participantes de género femenino, por lo que los autores asimismo se plantean la posibilidad de que los factores cognitivos jueguen un papel moderador más importante en mujeres.

Wegner, Erber y Zanakos, 1993). Este efecto paradójico o de rebote es precisamente mayor en los más exitosos en la supresión (Williams y Moulds, 2007) y con pensamientos no discretos (Abramowitz, Tolin y Street, 2001). Este último dato conlleva claras implicaciones para el pensamiento depresivo, caracterizado por un estilo global negativo en los modelos mentales sobre el sí mismo, las relaciones y el futuro.

Empíricamente se han encontrado dos posibles efectos paradójicos de la supresión de pensamiento: un efecto inmediato (durante la supresión) y un efecto retrasado (post-supresión). Un ejemplo del efecto post-supresión fue observado por Wenzlaff, Wegner y Roper (1988) en una muestra de estudiantes deprimidos en la que tras el éxito inicial en suprimir material negativo posteriormente resurgían pensamientos negativos indeseados, lo que se asociaba al uso de otros pensamientos negativos como distractores. El efecto inmediato es menos evidente y generalmente sólo se detecta ante una elevada demanda cognitiva (Abramowitz et al., 2001; Mikulincer, Dolev y Shaver, 2004; Najmi y Wegner, 2008). Otros efectos de la supresión, además del aumento de frecuencia de pensamientos, son la aparición de sesgos cognitivos coherentes hacia el material que se quiere suprimir (p.ej: Wenzlaff, Meier y Salas, 2002) y cambios cualitativos en la relevancia percibida, valencia o nitidez del pensamiento suprimido (Wenzlaff y Wegner, 2000), así como más sueños con el material suprimido (Bryant, Wyzenbeek y Weinstein, 2011).

Con carga cognitiva, las personas con riesgo de depresión informan de mayores esfuerzos por suprimir sus pensamientos negativos indeseados, dificultades para inhibirlos (p.ej: Wenzlaff et al, 2001; Wenzlaff y Eisenberg, 2001) y muestran mayores sesgos cuanto mayor es la tendencia crónica a la supresión (Wegner y Zanakos, 1994). Es más, los elevados niveles de supresión en personas con riesgo depresivo pueden predecir un empeoramiento de la sintomatología depresiva en un seguimiento de 4-6 semanas (Wenzlaff y Bates, 1998).

En contextos más ecológicos, es posible que el estrés tenga consecuencias similares al efecto de carga cognitiva producido en los contextos experimentales: en una investigación longitudinal, Beevers y Meyer (2004) comprobaron que la tendencia a suprimir pensamientos predecía un menor grado de sintomatología depresiva en casos de bajo estrés, sucediendo lo contrario en los participantes que estaban sometidos a un mayor estrés (a mayor tendencia a suprimir pensamientos, mayores niveles de depresión a las 7 semanas). Incluso el estado depresivo podría funcionar como una “carga cognitiva natural”, interfiriendo en los esfuerzos por suprimir (Hardy y Brewin, 2005). Los individuos con trastornos psicológicos pueden responder al fracaso de supresión de pensamiento con interpretaciones catastróficas del significado de tal fracaso (p.ej: que ellos son débiles, malos o peligrosos), lo que puede aumentar la ansiedad ante los pensamientos intrusivos (Abramowitz et al, 2001) y, a su vez, los esfuerzos por controlarlos, generando un ciclo disfuncional del que puede resultar difícil salir.

Además de la carga cognitiva, otra propuesta para detectar los intentos de supresión es la evaluación del grado de certeza/incertidumbre sobre las actitudes adaptativas. Wenzlaff, Rude y West (2002) sugieren que, en pacientes vulnerables, el conflicto entre las actitudes disfuncionales que se intentan suprimir y las creencias adaptativas que exponen explícitamente debería reflejarse en una mayor incertidumbre ante las actitudes adaptativas. Con el fin de contrastar esta hipótesis, adaptaron la escala DAS añadiendo puntuaciones de certidumbre (graduada) en cada ítem. Los resultados mostraron que, si bien los individuos previamente deprimidos informaban de actitudes relativamente adaptativas, mostraban también mayor incertidumbre sobre esas creencias frente a los nunca deprimidos. Esa mayor incertidumbre se asociaba a su vez con niveles elevados de supresión de pensamiento lo que, a su vez, se relacionaba con depresión previa.

Luxton y Wenzlaff (2005) defienden que la investigación previa no ha encontrado diferencias en la autoestima de personas con riesgo de depresión y

personas sin riesgo porque los problemas en autoestima están enmascarados por la supresión de pensamiento. De hecho, demuestran que las personas de alto riesgo se muestran igual en autoestima rasgo que las de bajo riesgo pero se muestran más inseguros (mayor incertidumbre), lo que se relaciona a su vez con mayor supresión de pensamiento y mayor búsqueda de reaseguración (Luxton, Ingram y Wenzlaff, 2006). Borton, Markowitz y Dieterich (2005) han demostrado la relación de la supresión de pensamientos negativos auto-referentes con peor autoestima y mayor ansiedad y ánimo deprimido.

Es interesante además la asociación entre la tendencia a suprimir pensamientos y el estilo rumiativo. Hertel y Gerstle (2003) encontraron que los disfóricos muestran mayor rumiación y menos éxito en supresión. La raíz de esta dificultad para suprimir estaría, según las autoras, en un control atencional deficiente, como se ha observado en medidas psicofisiológicas de función frontal (Davidson, 2000) y como demuestra la relación de la rumiación con la reducida inhibición e material negativo (Joormann y Gotlib, 2010). En un estudio longitudinal, Wenzlaff y Luxton (2003) observaron que, tras 10 semanas, los participantes con una mayor tendencia a suprimir pensamientos y con un alto nivel de estrés experimentaban una mayor reacción rumiativa y mayor sintomatología depresiva en el seguimiento.

c) Vulnerabilidad cognitiva a la depresión y Autoesquema.

El concepto de latencia encuentra su máxima representación en la literatura sobre vulnerabilidad a la depresión y autoesquema. En general, los datos apuntan a un modelo de autoesquema compuesto por redes de elementos negativos y positivos con diferentes potenciales de activación más que un autoesquema negativo duradero o estable.

Posiblemente la primera propuesta cognitiva que más profundizó en el rol del autoesquema en la vulnerabilidad a la depresión fue la realizada por Kuiper, Olinger y MacDonald (1988). En una serie de estudios ya clásicos, confirmaron que tanto participantes controles como deprimidos clínicos emplean un autoesquema bien

consolidado para realizar un procesamiento de información auto-referente eficiente y consistente con información positiva y negativa respectivamente (MacDonald y Kuiper, 1985); sin embargo, los participantes vulnerables (elevadas actitudes disfuncionales sin sintomatología) y con sintomatología depresiva leve mostraban tiempos de reacción demasiado largos, lo que supone un procesamiento menos eficiente de la información referida al self por una pobre consolidación del autoesquema. En el caso de personas vulnerables los resultados reflejarían un autoesquema positivo pero pobremente consolidado y en el caso de personas con depresión leve, la incertidumbre y confusión sobre la visión de uno mismo (dado que se comienzan a activar constructos negativos del autoesquema y a cuestionar los atributos positivos).

Más recientemente, algunos autores plantean la posibilidad de que la caída de autoestima preceda a la depresión pero sólo durante un periodo muy breve de tiempo por lo que evaluar su precedencia temporal sería una tarea muy difícil (Roberts y Monroe, 1999). De forma alternativa, se ha propuesto evaluar no tanto el nivel de autoestima sino la variabilidad cotidiana de la autoestima: varios estudios han demostrado que la inestabilidad de la autoestima, y no la baja autoestima, es capaz de predecir el aumento posterior de síntomas depresivos (Franck y De Raedt, 2007; Hervás, 2006; Kernis, 2005).

Gemar et al. (2001) encontraron que las personas previamente deprimidas muestran un sesgo negativo en una medida de procesamiento cognitivo automático (Test de Asociación Implícita, IAT) después de una inducción de ánimo triste, pero sólo con material auto-referente. La magnitud de este sesgo fue similar a la observada en individuos actualmente deprimidos, sugiriendo que incluso un ligero ánimo triste, cuando se experimenta por alguien con historia de depresión, puede reinstaurar algunas de las características cognitivas observadas en la depresión misma.

En el marco del proyecto Temple-Wisconsin, Alloy, Abramson, Murray, Whitehouse y Hogan (1997) encontraron que personas de alto riesgo depresivo mostraban procesamiento auto-referente negativamente sesgado tanto en

valoraciones de rasgos auto-descriptivos como en tiempos de respuesta para las valoraciones y otras medidas indirectas como recuerdo libre incidental. Estos resultados llevan a los autores a concluir que el procesamiento de información sesgado puede considerarse no sólo un concomitante de la depresión sino un indicador de vulnerabilidad cognitiva a la depresión.

Un concepto que adquiere mayor presencia en los últimos años en esta área es la diferenciación entre autoestima explícita e implícita. Mientras que la autoestima explícita se refiere a las actitudes conscientes expresadas hacia uno mismo, la autoestima implícita refleja asociaciones automáticas entre el autoconcepto y la positividad o negatividad (Phillips, Hine y Thorsteinsson, 2010). Según Phillips et al., la tarea más sencilla para medir la autoestima implícita son los tiempos de respuesta en juicios de autodescripción de adjetivos: la baja autoestima se indicaría en tiempos menores para aceptar los descriptores negativos y rechazar los positivos. Se ha demostrado la capacidad de la baja autoestima implícita para predecir depresión (p.ej: Haefel, Abramson, Brazy, Shah, Teachman y Nosek, 2007; para una revisión ver meta-análisis de Phillips et al., 2010). Pocos estudios han demostrado lo contrario (relación entre autoestima implícita positiva y sintomatología depresiva posterior), y la explicación propuesta tanto por los propios autores (p.e. Franck, De Raedt y De Houwer, 2007) como por revisores (p.e. Phillips et al., 2010) se basan en el tipo de medida empleada para la autoestima implícita (tarea de preferencia de letras de Nuttin, 1985), que podría ser indicativa de un autoesquema ideal. Los síntomas depresivos estarían así relacionados con una mayor discrepancia yo real-yo ideal, especialmente en el caso de la ideación suicida (Franck, De Raedt, Dereu y Van den Abbeele, 2007). Más recientemente, Valiente, Cantero, Vázquez, Sánchez, Provencio y Espinosa (2011) confirman un resultado similar en una muestra clínica de deprimidos con una variación del test de asociación implícita, la tarea de asociación *go/no go* (GNAT, Nosek y Banaji, 2001).

Precisamente la autodiscrepancia entre yo real y yo ideal ha sido otra de las variables relacionadas con el autoesquema estudiada por Fairbrother y Moretti (1998). Estos autores demostraron que los deprimidos eran los que más alto puntuaban en autodiscrepancia, sociotropía y autonomía (medidas estas últimas con el inventario PSI-II), seguidos de los remitidos deprimidos y por último los controles; asimismo, sociotropía y autonomía correlacionaron significativamente con la autodiscrepancia (tanto real-ideal como real-debería). El 48% de varianza de la sintomatología depresiva (medida con el inventario BDI) quedaba explicada por Sociotropía, Autonomía y autodiscrepancia Yo real-Yo ideal.

Origen de la vulnerabilidad cognitiva

Desde otras perspectivas teóricas dentro de la Psicología se ha criticado el modelo cognitivo por ser descriptivo y no aportar un modelo etiopatogénico, entendiendo que las actitudes disfuncionales describen, más que explican, el modo de pensar propio del depresivo (p.ej: Blatt, 1998). Si bien los conceptos de actitudes disfuncionales y esquemas depresógenos abarcan un nivel de explicación superior al descriptivo, es cierto que se necesita profundizar en las causas por las que ese tipo de cogniciones se manifiestan en unas personas y no en otras. Diferentes investigaciones relacionan el origen de la sociotropía y autonomía con factores de vulnerabilidad distantes como el estilo de crianza disfuncional (p.ej: Mendelson, Robins y Johnson, 2002; Alloy et al., 2004; Maciejewski y Mazure, 2006; Permuy, Merino y Fernandez-Rey, 2010), los antecedentes depresivos maternos (p.ej: Phillips, Hammen, Brennan, Najman y Bor, 2005) o el estilo cognitivo en figuras de apego (p.ej: Alloy, Abramson, Tashman et al., 2001). Las experiencias negativas tempranas, como las pérdidas afectivas, se muestran importantes incluso desde su impacto neurobiológico (Gutman y Nemeroff, 2011) pero mediadas por la ausencia de factores de protección o recursos (p.ej. apoyo social) y las interpretaciones aportadas por los adultos significativos a las mismas (Riskind y Alloy, 2006). En conjunto, los datos parecen confirmar la tesis

tradicional de que la visión de uno mismo se construye en base a las percepciones que otros tienen de la persona y la comunicación de esas percepciones, demostrando la influencia que las relaciones significativas tienen sobre los esquemas del sí mismo, los otros y las relaciones.

2. AUTOMATICIDAD, ATENCIÓN Y DEPRESIÓN

“Every one knows what attention is. It is the taking possession by the mind, in clear and vivid form, of one out of what seem several simultaneously possible objects or trains of thoughts.”

(William James, *Principles of Psychology*)

El concepto de atención remite a la paradoja entre la sencillez de su comprensión a nivel de conocimiento ingenuo y la dificultad para definirlo científicamente. Su definición parte del intento de explicar cómo la capacidad limitada de procesamiento del sistema cognitivo se enfrenta a la sobrecarga de información, resultando en un proceso por el que un estímulo específico (externo o interno) es seleccionado para un mayor procesamiento (Harvey et al., 2004; Wenzel y Rubin, 2005). La dificultad para operativizarlo es muy posiblemente reflejo de sus múltiples componentes (p.ej: LaBerge, 1995; Hertel, 2002), de las múltiples interconexiones con otros procesos cognitivos, y de la no siempre fácil distinción entre procesos automáticos y controlados.

2.1. Atención y depresión: ¿Déficit global o sesgo específico?

La propuesta de un déficit atencional general en el depresivo se basa en la capacidad limitada del sistema cognitivo, que se reflejará en el funcionamiento atencional dado que la persona está consumiendo recursos ante la demanda del estado de ánimo bajo (p.ej: Jones, Siegle, Muelly, Haggesrty y Ghinassi, 2010). Esta propuesta es aún la más seguida por los modelos predominantemente biologicistas (p.ej: Koetsier, Volkers, Tulen, Passchier, van den Broek y Bruijn, 2002), si bien se establecen matices respecto a la gravedad y tipo de la sintomatología asociados con ese deterioro más global, como los síntomas melancólicos (Kemp et al., 2010; Quinn, Harris y Kemp, 2012) y el trastorno bipolar (Ancín et al, 2010; Pompei et al., 2011). En pacientes recuperados, los resultados son contradictorios (p.ej: Bhardwaj, Wilkinson,

Srivastava y Sharma, 2010; Hammar et al., 2010). Son interesantes los resultados obtenidos por Beblo et al. (2010) respecto a las quejas cognitivas de pacientes con depresión mayor y sus familiares: estas dificultades no se relacionaban con los resultados en pruebas neuropsicológicas, sin embargo sí con la distraibilidad hacia material negativo, en comparación con una muestra de controles sanos. Además, hay datos que muestran que en el paradigma de atención forzada en escucha dicótica con estímulos neutros, la ejecución de pacientes deprimidos es similar a los controles (Hugdahl et al, 2003). Este resultado se repite en otros paradigmas experimentales: el sesgo atencional se manifiesta cuando se procesa material afectivo, y no cuando se emplea material neutro (p.ej: Lo y Allen, 2011).

En conjunto, aunque los deprimidos, en especial los más graves, presentaran una disminución general de la capacidad cognitiva, esta reducción de los recursos disponibles no podría explicar que determinada información (como la negativa) sea procesada de un modo “eficiente” aunque poco adaptativo para su bienestar (sesgos cognitivos). La propuesta de un procesamiento atencional específico (sesgado) plantea que el funcionamiento atencional se verá afectado ante estímulos emocionales relacionados con la depresión porque se vinculan con las preocupaciones vitales actuales del individuo (Clark et al., 1999). Este patrón de procesamiento sesgado de la información mantiene y exacerba la psicopatología, e incluso puede hipotetizarse su rol etiológico (vulnerabilidad) en el trastorno depresivo (Gotlib y Joormann, 2010). La presente investigación se centra en esta segunda propuesta, la atención selectiva en relación a la depresión.

2.2. Procesamiento automático y controlado, atención y depresión.

Considerando automaticidad y control como extremos de un mismo continuo (Vázquez y Hernangómez, 2009), el procesamiento atencional de información implica procesos de los dos tipos: hasta qué punto predomina uno u otro depende del contenido particular del estímulo procesado y del contexto situacional. Además, la

dualidad de sistemas de procesamiento de información controlado y automático se relaciona con los conceptos de cognición explícita e implícita respectivamente (Phillips et al., 2010): considerados como los resultados de los dos sistemas, las cogniciones explícitas e implícitas poseerían las características de sus sistemas de origen y requerirían procedimientos de medida diferenciados.

La tesis clínica clásica proponía un estrechamiento del foco atencional en las alteraciones afectivas que podría producir una reducción de los recursos, con el consiguiente deterioro de los procesos controlados y la preponderancia de procesos automáticos orientados a contenidos fácilmente accesibles (como el material negativo autorreferente) (Vázquez, Hartlage, Alloy y Jiménez, 1995). Sin embargo, los primeros datos empíricos hicieron que desde la perspectiva experimental se propusiera que la ansiedad afectaría preferentemente a los procesos automáticos, mientras que en la depresión estarían más afectados los procesos controlados (Williams, Watts, MacLeod y Mathews, 1988, 1997). Partiendo de la distinción de Graf y Mandler (1984) entre un estadio automático de procesamiento del estímulo (relación del estímulo con su representación en la memoria a largo plazo) y un segundo estadio de procesamiento estratégico (elaboración del estímulo), los autores proponen que los sesgos en ansiedad y depresión operarían a diferentes niveles de procesamiento. Según Williams y cols. (1997) la ansiedad respondería a una motivación para evitar una amenaza futura anticipada (conduciendo el escaneo de esa posibilidad a sesgos atencionales e interpretativos) mientras que la depresión respondería a una motivación para resolver las causas de la tristeza, por lo que la persona quedaría enganchada en sucesos negativos relevantes subjetivamente (pérdidas o fracasos pasados) con un modo de procesamiento elaborativo o rumiativo (sesgos en elaboración diferencial).

Uno de los principales problemas teóricos de la propuesta de Williams et al. (1988) es la identificación de los procesos atencionales como procesos automáticos. Matthews y Wells (2000) han defendido que los sesgos atencionales son predominantemente estratégicos aunque la información no sea consciente de un modo

permanente. Hertel (2002) propone que podría reformularse la propuesta de Williams planteando que la ansiedad afectaría a atención selectiva y la depresión a la atención sostenida. Una posibilidad cada vez más considerada en las últimas décadas ha sido la existencia de sesgos atencionales en ambas patologías aunque con patrones distintos explicados por los diferentes componentes del proceso atencional (p.ej: Bradley et al., 1997). Donaldson, Lam y Mathews (2007), en una propuesta que podría integrar las tesis previas y los resultados empíricos hasta el momento, sugieren un *sesgo atencional estratégico* en depresión (procesamiento *elaborado* excesivo de material negativo), que sólo se manifestaría cuando los tiempos de exposición permitieran un análisis más detallado del estímulo por parte del sujeto. Los procesos elaborativos, por el consumo significativo de capacidad de procesamiento de información, reducirían los recursos disponibles para realizar una retirada o *desenganche* de la misma.

2.3. Componentes de la atención y su alteración en depresión

Según Donaldson et al. (2007), la comprensión del procesamiento atencional como no unitario se inicia con la consideración de estadios tempranos y posteriores y ha encontrado apoyo en el estudio de lesiones cerebrales de humanos y animales, que indican la implicación de tres componentes separados: orientación atencional inicial o captación (*shifting*), mantenimiento/implicación (*engagement*) y desenganche (*disengagement*) (p.ej: Posner y Cohen, 1984; LaBerge, 1995).

En los intentos por localizar en cuál de los estadios se situarían los sesgos atencionales relacionados con la depresión, la mayoría de los autores coinciden en sugerir precisamente el estadio de “desenganche” (Gotlib y Joormann, 2010; Joormann y D’Avanzato, 2010). Desde hace décadas, ya se habían constatado las dificultades de los depresivos para desviar la atención de aspectos negativos, como la discrepancia entre lo ideal y lo real (Pyszczynski y Greenberg, 1987) o los propios síntomas y sus causas y consecuencias (Nolen-Hoeksema, Morrow y Fredrickson,

1993). En la actualidad, existe un renovado interés por esa dificultad para el desenganche atencional y su papel en la vulnerabilidad a la depresión (p.ej: De Raedt y Koster, 2010). Además, un elemento implícito en la mayor parte de las explicaciones de los déficit atencionales ha sido la presunción de mecanismos atencionales compensatorios utilizados por los individuos con niveles altos de ansiedad o depresión para contrarrestar su tendencia a atender a estímulos emocionales: llegado un cierto punto, no podrían mantener el gasto cognitivo y “sucumbirían” a esas tendencias atencionales. La depresión se asociaría así no tanto a la activación diferencial de información negativa sino al mal funcionamiento de los mecanismos de inhibición en el procesamiento de información negativa. Diferentes grupos de investigadores sugieren que esta dificultad para retirar la atención de estímulos negativos podría subyacer a la tendencia al pensamiento rumiativo tan común en la depresión (p.ej. Siegle, Steinhauer y Thase, 2004) y a los sesgos de memoria hacia lo negativo y lo irrelevante (Joormann, 2004).

Mientras que parece haber acuerdo sobre la relación de los sesgos atencionales en depresión con el estadio de desenganche, la discriminación de los componentes afectados en el caso de los sesgos atencionales en ansiedad parece más complejo. Mogg y Bradley (2004) plantean que la ansiedad sería un estado aversivo motivacional que produce diferentes patrones cognitivo-conductuales de respuesta dependiendo de la valoración del estímulo y la consiguiente activación, de modo que: (1) si se valora una amenaza leve-moderada, el *arousal* autonómico y la respuesta de vigilancia (monitorización atencional a la amenaza) serán moderados; (2) si se valora una amenaza extrema inminente, aumenta la activación y se da respuesta de escape y evitación.

2.4. Resultados empíricos en atención selectiva y depresión

La relación de los sesgos atencionales con la depresión y la vulnerabilidad a la depresión ha sido investigada a través de distintas tareas experimentales llegando a

resultados en ocasiones contradictorios, si bien las discrepancias pueden ser explicadas en su mayoría por cuestiones metodológicas.

La mayoría de los estudios han seguido dos estrategias básicas, considerando dos procesos implicados en la atención selectiva: (a) la **activación o excitación** se ha investigado a través de tareas en las que la tendencia a atender a estímulos negativos puede **facilitar** el rendimiento del sujeto (tarea de localización de la atención y variantes de ésta) y (b) la **inhibición** de información irrelevante (o que debe ser ignorada) ha sido estudiada prioritariamente mediante tareas en las que las dificultades para inhibir la información negativa pueden **interferir** en el rendimiento (tarea Stroop emocional, tarea de escucha dicótica), añadiéndose en la última década procedimientos que permiten discriminar la interferencia y la inhibición (Gotlib, Yue y Joormann, 2005). En las tablas 1 y 2 se exponen las principales tareas experimentales empleadas en el estudio de sesgos atencionales en depresión.

Tabla 1. Tareas experimentales empleadas en el estudio de sesgos atencionales en depresión (efecto de facilitación).

<i>Tarea</i>	<i>Descripción de la tarea</i>
Tarea de localización de la atención visual o tarea de detección de un punto (Posner, Snyder y Davidson, 1980; aplicada a estímulos emocionales: MacLeod, Mathews y Tata, 1986).	Presentación simultánea de dos palabras en diferentes áreas de la pantalla de un ordenador (arriba y abajo) durante un tiempo breve; en algunas ocasiones, en la misma localización de una de las dos palabras aparece un punto (o un estímulo neutro) inmediatamente después de que la presentación de la palabra haya terminado. Se mide el tiempo de reacción del sujeto ante la aparición de ese punto (presionando un botón), para comparar la latencia de detección del punto en los ensayos en que éste aparece en la posición que ocupaba una palabra emocional con la latencia en los ensayos en que dicho punto aparece ocupando el lugar en donde se había presentado una palabra neutra. Posteriores medidas han incluido el registro de movimientos oculares (Mogg, Millar y Bradley, 2000; Caseras, Garner, Bradley y Mogg, 2007). Otras variaciones de esta tarea sustituyen las palabras por expresiones faciales (p.ej: Joormann y Gotlib, 2007) o escenas de contenido emocional (Shane y Peterson, 2007).
Tarea de despliegue atencional (DAT) o de percepción de color (Gotlib, McLachlan y Katz, 1988).	Presentación en la pantalla del ordenador de parejas de palabras que son reemplazadas por dos barras de colores que aparecen simultáneamente. La tarea del sujeto consiste en decidir qué barra de color aparece primero, de modo que si atendía de manera selectiva a una de las palabras percibirá la barra de color que sigue a esa palabra como si hubiera aparecido antes.

Tabla 2. Tareas experimentales empleadas en el estudio de sesgos atencionales en depresión (dificultades de desenganche, interferencia e inhibición).

<i>Tarea</i>	<i>Descripción de la tarea</i>
T. Stroop (Stroop, 1935) emocional	Mide el tiempo que se tarda en nombrar el color de palabras de contenido negativo comparado con palabras positivas y neutras o con otros participantes no deprimidos.
Tarea de atención forzada, seguimiento o sombreado (paradigma de escucha dicótica) (Cherry, 1953)	El participante debe repetir el mensaje que se le presenta por un oído (canal atendido) ignorando los estímulos verbales que se presentan simultáneamente por el otro oído (canal ignorado). En el caso de investigaciones sobre atención y depresión las palabras ignoradas suelen ser palabras de diferente contenido emocional (negativas, neutras o positivas), mientras que por el canal atendido se presentan palabras neutras. La interferencia generada por el sesgo atencional se mide por el número de errores en el seguimiento. Dado que tiende a producirse un efecto techo, se considera adecuado combinar con otra tarea secundaria simultánea, normalmente visual, de tiempo de reacción simple, que el sujeto debe completar mientras efectúa el seguimiento de la escucha dicótica.
Tarea de priming afectivo negativo (Joormann, 2004)	El efecto de priming negativo (Neill, Valdés y Terry, 1995) se define como una latencia de respuesta retrasada ante un objetivo (target) cuando ese objetivo fue utilizado como estímulo distractor en un ensayo previo y se interpreta como una medida de los procesos inhibitorios ante información irrelevante. Joormann (2004) propone la tarea de priming <i>afectivo</i> negativo, dando instrucciones a los participantes de evaluación afectiva y de valoración de auto-descripción en el procesamiento de los estímulos. Posteriormente, Gotlib, Yue y Joormann (2005) ampliaron la tarea para valorar conjuntamente interferencia e inhibición atencional con respecto a distractores emocionales en un formato de tarea no afectiva (instrucciones de tarea no orientadas al contenido emocional).
Versión modificada de la tarea de la señal espacial (Fox, Russo, Bowles y Dutton, 2001)	La tarea original (Posner, Inhoff, Friedrich y Cohen, 1987) consiste en detectar un estímulo (p.ej: un cuadrado) que se presentará a la derecha o izquierda de un punto de fijación en el centro de la pantalla. En algunos ensayos, una señal indicará la localización donde va a aparecer el cuadrado. Sin embargo, esta señal predice correctamente sólo en el 80% de las ocasiones. El resultado esperado es que los tiempos de detección del cuadrado sean muy cortos cuando la predicción es correcta y más largos cuando la predicción sea incorrecta, dado que la persona debe desengancharse de la atención a la localización equivocada y reorientar su atención al lugar opuesto. La modificación propuesta por Fox et al. (2001) sustituye la señal inicial (que indica la aparición del cuadrado) por estímulos de contenido emocional (en su estudio fueron estímulos amenazantes). El objetivo de análisis es comparar ensayos en los que la señal predice de forma incorrecta, siendo esta señal de contenido emocional positivo, negativo o neutro. Un tiempo de detección mayor en aquellos ensayos en los que la señal sea un estímulo de contenido negativo se interpretará como una mayor dificultad para desengancharse de ese estímulo.

En conjunto, podemos concluir que se confirma la hipótesis de la interferencia afectiva (Siegle, Ingram y Matt, 2002): la sintomatología depresiva parece facilitar la atención al contenido emocional negativo de la información disponible en detrimento de otros aspectos de la situación estimular, lo que se refleja en interferencia de lo negativo cuando el sujeto debe atender aspectos no emocionales y facilitación cuando tiene que atender aspectos emocionales negativos. Esta dualidad se observa claramente en los resultados con priming afectivo negativo. Cuando el priming afectivo negativo se emplea en *tareas afectivas* (instrucciones de evaluación de valencia emocional y de auto-referencialidad del estímulo), se constata un *déficit inhibitorio para estímulos negativos*: las personas con sintomatología depresiva quedan afectadas por la inhibición de estímulos positivos (esto es, ignoran “demasiado bien” la información positiva), y lo contrario (dificultad inhibitoria) para los estímulos negativos (de hecho, pueden dar una respuesta más rápida con estímulos negativos) (Joormann, 2004; Goeleven, De Raedt, Baert y Koster, 2006). Sin embargo, cuando este priming se aplica a *tareas no afectivas* (ej: marcar lo rojo, ignorar lo verde) aparece una *mayor interferencia* y una *mayor inhibición* para palabras negativas (versus positivas) en el mismo tipo de participantes (elevada puntuación en sintomatología depresiva). Además, los niveles de interferencia e inhibición se relacionan: cuanta más interferencia, mayor efecto de inhibición (esto es, mayor dificultad para responder a un objetivo emocional que había sido distractor previamente), lo que sugiere que la inhibición puede ser una respuesta a la interferencia (Gotlib et al., 2005). Si bien este dato aporta complejidad a las explicaciones sobre los resultados encontrados en atención y depresión, se aproxima a un modelo más ecológico dado que facilita la consideración de procesos metacognitivos que podrían estar interviniendo durante la realización de una tarea experimental: la persona puede ser consciente de sus propias dificultades (p.ej: la interferencia que le generan los estímulos negativos) e intentar poner en marcha mecanismos de compensación (p.ej: estrategias de supresión).

La dificultad para desengancharse del material negativo se ha comprobado en diferentes tareas experimentales y medidas, como la tarea visual de detección del punto (p.ej: Donaldson et al., 2007; Eizenman et al., 2003; Gotlib, Krasnoperova, Yue, & Joormann, 2004; Shane y Peterson, 2007; ver meta-análisis de Peckham, McHugh y Otto, 2010), la tarea de la señal espacial modificada (p.ej. Ellenbogen y Schwartzman, 2009; Koster, De Raedt, Leyman y De Lissnyder, 2010) o la tarea Stroop emocional⁷ (p.ej: Dai y Feng, 2011). Previamente, se había mostrado esta dificultad en la tarea DAT (Gotlib, McLachlan y Katz, 1988) y en escucha dicótica (McCabe y Gotlib, 1993; McMillan y Pihl, 1987; McMillan, Ghadirian y Pihl, 1989; Ingram, Bernet y McLaughlin, 1994)⁸. Estas dificultades de desenganche correlacionan con la severidad de los síntomas depresivos y se asocian más específicamente con la sintomatología cognitiva (Baert, De Raedt y Koster, 2010). Se confirman también con medidas más directas y sensibles como el registro de movimientos oculares (p.ej. Leyman, De Raedt, Vaeyens y Philippaerts, 2011; Sears, Thomas, LeHuquet y Johnson, 2010, Estudio 2). El estudio de los movimientos oculares ha mostrado además un mayor tiempo global de atención a información de contenido depresivo en depresión clínica (Bourke, Douglas y Porter, 2010; Eizenman et al, 2003; Kellough, Beevers, Ellis y Wells, 2008) y subclínica (Leyman et al., 2011). Asimismo se ha observado una mayor facilidad para desengancharse del material positivo en depresión subclínica (Ellis, Beevers y Wells, 2011; Leyman et al., 2011; Sears et al, 2010, Estudio 1), así como un menor tiempo total de atención a información positiva en muestra clínica (Bourke et al., 2010; Kellough et al, 2008) y subclínica (Sears, Newman, Ference y Thomas, 2011). Esto podría explicar la ausencia de sesgos protectores en estudios previos, como la ausencia de sesgo hacia información positiva en la tarea DAT (McCabe y Gotlib, 1995) o la ausencia de sesgo evitativo de información negativa en la misma tarea (*ibidem*),

⁷ Si bien el meta-análisis realizado por Peckham, McHugh y Otto (2010) concluye que los efectos de interferencia obtenidos con la tarea Stroop emocional son muy limitados y el tamaño del efecto es sólo marginalmente significativo. Kertzman et al. (2010) plantean que en depresión la tarea Stroop puede medir más la lentitud psicomotora que el deterioro atencional. Otros autores ya habían planteado los problemas metodológicos de esta tarea (Mogg et al., 2000; MacLeod y MacLeod, 2005).

⁸ Giorgio et al. (2010) no encuentran diferencias en el rendimiento atencional en escucha dicótica, si bien toman sólo como medida indirecta el *recuerdo incidental* de palabras *neutras* bajo la hipótesis de que la evitación de contenidos relacionados con fracaso llevaría a los participantes con altos niveles de rumiación a atender más a palabras neutras.

en la tarea de localización del punto (Bradley et al., 1997) o en la exposición a expresiones faciales (Mogg et al., 2000). En población subclínica ha llegado incluso a observarse un sesgo evitativo de información positiva (Bradley, Mogg, Falla y Hamilton, 1998; Shane y Peterson, 2007) que no correlaciona con el sesgo hacia información negativa (Shane y Peterson, 2007), lo que puede sugerir diferencias en los tipos de procesamiento y factores psicológicos implicados en función de la valencia de la información emocional.

De la revisión de las diferentes investigaciones, se concluye la importancia de emplear estímulos específicamente relacionados con la depresión (p.ej. Schlosser et al., 2011) y el uso de tiempos de presentación relativamente largos (1 segundo): cuando los estímulos se presentan durante un tiempo más breve, no suelen detectarse los sesgos relacionados con depresión mientras que los vinculados a ansiedad son más evidentes (ver revisiones de Mogg y Bradley, 2005 y Bistricky, Ingram y Atchley, 2011). Esto se ha observado tanto en la tarea visual de detección del punto (p.ej: Donaldson et al., 2007) como en la tarea de la señal espacial modificada (p.ej: Ellenbogen y Schwartzman, 2009). En el análisis de movimientos oculares, en general se observa una ausencia de sesgos hacia información negativa en niveles tempranos de procesamiento tanto en depresión clínica (Kellough et al., 2008) como subclínica (Caseras et al., 2007; Matthews y Antes, 1992; Sears et al., 2010). Es más, algunos estudios constatan una orientación a estímulos de contenido positivo, al igual que los controles (Matthews y Antes, 1992; Kellough et al., 2008). Sin embargo, recientemente Sears et al. (2011) observan una orientación inicial a imágenes depresivas asociada a sintomatología depresiva (disforia) e historia depresiva en el pasado.

Atención selectiva y Vulnerabilidad a la depresión

En el ámbito de la vulnerabilidad a la depresión, se confirman dificultades atencionales inhibitorias similares a los deprimidos tanto en el paradigma de priming afectivo negativo con una tarea auto-referente (Joormann, 2004) como en atención selectiva a expresiones faciales tristes (Bistricky et al., 2011; Joormann y Gotlib, 2007; Fritzsche et al., 2010) o imágenes relacionadas con depresión (Sears et al., 2011). Dentro del paradigma del priming afectivo negativo, pero con estímulos visuales (expresiones faciales alegres y tristes), Goeleven et al. (2006) confirmaron también en vulnerables un fallo en la inhibición de información afectiva que sí realizaba el grupo control. Además, se observaban también diferencias con respecto al grupo de deprimidos actualmente: mientras que los participantes deprimidos mostraban sólo déficit inhibitorio ante información negativa, los previamente deprimidos mostraban un *déficit inhibitorio menos intenso pero para toda la información afectiva (tanto negativa como positiva)*. Ello podría estar reflejando sus esfuerzos por suprimir estímulos afectivos en general para poder mantener el estado actual, con el efecto paradójico de “quedar enganchado” en la información que se desea suprimir. Joormann y Gotlib (2010) encuentran un efecto similar, observando que participantes con historia previa de depresión no diferían de los controles en su inhibición de material negativo pero sí en el material positivo, mostrando un sesgo positivo. Los autores destacan que se examinó mediante entrevista la recuperación total a nivel sintomático y eso puede marcar una diferencia con estudios previos. Se precisa en cualquier caso más investigación para profundizar en el diferente funcionamiento ante estímulos de valencia positiva y negativa.

Tras inducción de ánimo triste, se ha demostrado que participantes con historia depresiva previa muestran interferencia en una tarea de escucha dicótica manifestándose un sesgo atencional hacia palabras de contenido negativo en pruebas

de escucha dicótica (Ingram et al., 1994; Ingram y Ritter, 2000)⁹. McCabe, Gotlib y Martin (2000) comprobaron en una tarea atencional visual que en personas vulnerables a la depresión desaparecía un sesgo protector (atención hacia la información positiva y evitación de información negativa) que, sin embargo, sí aparecía en estas personas durante un estado de ánimo neutro. La inducción del estado de ánimo no afecta sin embargo al rendimiento atencional de personas sin patología en este tipo de tareas (p.ej: Sanz y Dobson, 1994; Sanz, 1998).

En un estudio prospectivo, analizando el papel que los sesgos atencionales pueden tener sobre la respuesta emocional a un suceso estresante, MacLeod y Hagan (1992) demostraron que el nivel de interferencia en una prueba de Stroop emocional previa a un acontecimiento vital estresante (diagnóstico de una patología cervical) era mejor predictor del funcionamiento emocional después de 8 semanas que medidas psicométricas como el Inventario para la Depresión de Beck (BDI) o el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI).

También en un diseño longitudinal, Beevers y Carver (2003) encontraron que una mayor reactividad cognitiva -mayor sesgo atencional negativo (en tarea de detección del punto) tras inducción de estado de ánimo negativo- puede predecir, en interacción con estrés vital, aumentos en sintomatología depresiva. Considerando las mismas variables (sesgo atencional, inducción de estado de ánimo, estrés) junto con el factor rumiación-rasgo en el mismo tipo de muestra (estudiantes), Morrison y O'Connor (2008) llegaron a conclusiones similares.

Se ha comprobado la relación de las dificultades para desenganchar la atención de información negativa con el afecto negativo (Grafton, Watkins y MacLeod, 2012) y con la prolongación del afecto negativo (Compton, 2000), lo que apunta a confirmar las dificultades de desenganche como factor de vulnerabilidad a estados depresivos. El efecto causal de los sesgos atencionales sobre la depresión se ha comprobado también mediante el entrenamiento de estudiantes deprimidos en

⁹ En el estudio de 1994, Ingram et al. encontraron también un sesgo, aunque de menor consistencia, hacia palabras de contenido positivo. Este resultado no se replicó en la investigación realizada por Ingram y Ritter en 2000.

evitación de información negativa, observando una disminución de dificultades inhibitorias y reducción de sintomatología depresiva a las dos semanas (Wells y Beevers, 2010). Sin embargo, Baert, De Raedt, Schacht y Koster (2010) replican estos resultados sólo con síntomas leves, no encontrando resultados en muestra clínica e incluso encontrando un empeoramiento tras el entrenamiento atencional en estudiantes con sintomatología moderada y severa. Se precisa por tanto más investigación para aclarar los efectos en el ámbito de la depresión. El efecto causal de la manipulación de la atención se ha demostrado repetidamente tanto en participantes sin patología (MacLeod, Rutherford, Campbell, Ebsworthy y Holker, 2002) como en fobia social (p.ej: Amir, Taylor y Donohue, 2011; Heeren, Reese, McNally y Philippot, 2012), trastorno de ansiedad generalizada (Amir, Beard, Burns y Bomyea, 2009; Amir y Taylor, 2012) y otros problemas de ansiedad en población general (Amir, Weber, Beard, Bomyea y Taylor, 2008), infantil (Bar-Haim, Morag y Glickman, 2011) y juvenil (Rozenman, Weersing y Amir, 2011).

En relación a la vulnerabilidad distal, el factor de riesgo más estudiado ha sido la depresión materna, encontrando un patrón de evitación de expresiones faciales de tristeza sin inducción de ánimo triste (Gibb, Benas, Grassia y McGeary, 2009) y un mayor sesgo hacia expresiones faciales negativas con inducción de ánimo negativo (Joorman, Talbot y Gotlib, 2007; Kujawa et al., 2011). Este último efecto no se manifestaba en hijos varones de madres depresivas en el estudio de Kujawa et al., lo que lleva a concluir a los autores que las diferencias de género en sesgos cognitivos son previas a la manifestación de diferencias en prevalencia de depresión.

En la investigación con niños víctimas de maltrato, se ha observado un mayor enganche atencional hacia estímulos depresivos en especial en aquellos con tendencia a la rumiación (Romens y Pollak, 2012).

En el estudio de las características del estilo educativo de los progenitores del paciente, Ingram y Ritter (2000) encontraron una asociación entre los bajos niveles de cuidado maternal percibido (negligencia, excesiva crítica) y sesgos atencionales en

tarea de escucha dicótica tras inducción de estado de ánimo negativo en participantes previamente deprimidos (no se examinó el rol paterno). Ingram, Bailey y Siegle (2004) encontraron que individuos seleccionados como vulnerables por informar de padres controladores pero poco afectivos presentaban menos interferencia en una tarea Stroop ante información positiva que los no vulnerables, tras una inducción de estado de ánimo negativo. Ello puede sugerir que el procesamiento de información positiva puede ser lo primero en deteriorarse cuando los esquemas disfuncionales comienzan a activarse. Si bien la investigación ha estado centrada en el procesamiento de información negativa, podría ser que la primera señal del funcionamiento de un esquema depresógeno fuera la incapacidad para centrarse en información positiva.

Relación entre sesgos atencionales y otros procesos cognitivos en depresión y vulnerabilidad a la depresión.

A nivel teórico-clínico, los sesgos atencionales se han ligado con frecuencia a los sesgos mnésicos, presuponiendo la influencia directa y simple de los primeros sobre los segundos (p.ej: Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Los sesgos de recuperación, especialmente en recuerdo incidental, han sido interpretados con frecuencia como evidencia indirecta de un sesgo de codificación. Sin embargo, aún están por determinar los vínculos entre atención selectiva y codificación selectiva (Harvey et al., 2004), y los estudios existentes apuntan a una compleja relación entre atención y otros procesos cognitivos.

A nivel general, parece existir una influencia mutua entre atención y memoria, de modo que la información focalizada a través de la atención selectiva es más accesible posteriormente en la memoria y la información más accesible en la memoria facilita sesgos posteriores de atención selectiva (Chun y Turk-Browne, 2007). En el ámbito de la depresión, si bien algunas investigaciones han encontrado coherencia entre los sesgos atencionales y los de recuerdo o reconocimiento (Ellis et al., 2011; Koster et al., 2010; LeMoult y Joormann, 2012; Wells, Beevers, Robison y Ellis, 2010),

otras apuntan a una ausencia de correlación directa entre sesgos atencionales y mnésicos (p.ej: Gilboa y Gotlib, 1997; Hill y Dutton, 1989) e incluso entre diferentes tareas atencionales como la tarea Stroop y la tarea de detección del punto (Mogg et al 2000; Dalgleish, Taghavi, Neshat-Doost, Moradi, Canterbury y Yule, 2003; Gotlib et al., 2004), lo que puede responder a que se están estudiando diferentes estadios o subprocesos de la atención (orientación, implicación/mantenimiento, desenganche). Von Hecker y Meiser (2005) plantean que un modo atencional “desenfocado” en depresivos podría conducir a una ejecución superior en el recuerdo de aspectos irrelevantes, mientras que no aparecería ningún deterioro a nivel de ejecución general. Con el fin de contrastar esta tesis, emplearon el paradigma de monitorización de fuente¹⁰ en una muestra de estudiantes valorados con el inventario BDI. Efectivamente, los participantes con sintomatología depresiva mostraron mejor memoria para estímulos irrelevantes y mantuvieron intacta la memoria para estímulos relevantes. Posteriormente, lo han demostrado con registro de movimientos oculares (Brzezicka, Krejtz, Von Hecker y Laubrock, 2011).

La importancia de otros factores en la vulnerabilidad a la depresión (p.ej. los asociados a procesos de regulación emocional) lleva a considerar terceras variables que puedan modular la relación entre atención y memoria (Joormann y D’Avanzato, 2010). Por ejemplo, la supresión de pensamiento puede influir en la diferente dirección de los sesgos: cuando consigue su objetivo, puede ocultar sesgos atencionales (Wenzlaff et al, 2001), mientras que los intentos infructuosos de suprimir pensamientos pueden tener el efecto paradójico de mejorar la memoria selectiva para aquellos aspectos que al sujeto le preocupan (y que por ello quiere suprimir) (Wenzlaff, Wegner y Roper, 1988). El estilo represor, caracterizado por un estilo superficial y evitativo de procesamiento de información (Bonanno y Singer, 1990), se ha mostrado asociado al uso de técnicas distanciadoras y distractoras frente a material estresante (ver revisión

¹⁰ En el paradigma de monitorización de fuente (*source monitoring*), las palabras aparecen en una pantalla a la derecha o a la izquierda en un marco rojo o verde. Las instrucciones se centran en monitorizar las palabras y su localización (sin mencionar el color). Posteriormente, se les pide a los participantes el contexto de origen del ítem, que podía ser relevante (derecha/izquierda) o irrelevante (color).

en Derakshan et al., 2007), mayor dificultad para recordar experiencias emocionales, especialmente las asociadas con afecto negativo (p.ej: Myers, Brewin and Power, 1998; Myers and Derakshan, 2004b), y menos errores en tareas de seguimiento dentro del paradigma de la escucha dicótica (Bonanno, Davis, Singer y Schwartz, 1991). En general, en pruebas atencionales se confirma la teoría de vigilancia-evitación de Derakshan et al. (2007), con respuestas iniciales muy rápidas de vigilancia y posterior desenganche ante estímulos amenazantes (expresiones faciales de enfado) asociadas a la evitación cognitiva (Schwerdtfeger y Derakshan, 2010). En tarea Stroop, se confirma también su mayor rapidez en la inhibición de material amenazante (Newman y McKinney, 2002).

No se ha encontrado relación directa del estilo represor con la supresión de pensamientos (p.ej: Myers, Vetere and Derakshan, 2004), en gran parte porque su estudio se ha basado en medidas de autoinforme y porque represión y supresión estarían funcionando a diferentes niveles: consciente en el caso de supresión, más inconsciente en el caso de la represión (Luciano y Algarabel, 2006). Los datos empíricos hasta el momento sugieren que los represores son eficaces al suprimir información negativa auto-relevante a corto plazo (Barnier, Levin and Maher, 2004) pero a largo plazo informan de un mayor nivel de pensamientos intrusivos ansiógenos (Geraerts, Merckelbach, Jelic y Smeets, 2006).

Por último, el estilo rumiativo ha sido planteado por algunos autores como variable interviniente en la relación entre las dificultades atencionales inhibitorias y la depresión (p.ej: Koster, De Lissnyder, Derakshan y De Raedt, 2011), demostrándose en diferentes estudios la relación entre rumiación y déficit inhibitorio de información negativa tanto en muestra subclínica (p.ej: Joormann, 2006) como clínica (Joormann, Dkane y Gotlib, 2006) así como la capacidad del sesgo atencional para predecir sintomatología depresiva y rumiación (ver estudio longitudinal de Zetsche y Joormann, 2011). Morrison y O'Connor (2008) han demostrado cómo la manipulación

experimental de la distracción/rumiación genera un aumento de sesgos atencionales positivos tras distracción y una reducción tras rumiación.

Mecanismos neurobiológicos de los sesgos atencionales en depresión.

En los últimos años, se han realizado esfuerzos por integrar los hallazgos neurobiológicos en el ámbito de la depresión con el modelo cognitivo (De Raedt y Koster, 2010; Disner, Beevers, Haigh y Beck, 2011; Ingram, Atchley y Segal, 2011; Nusslock, Shackman, Harmon-Jones, Alloy, Coan y Abramson, 2011). En general, los sesgos cognitivos negativos estarían asociados con una actividad aumentada de procesamiento a nivel subcortical junto con una disminución del control cognitivo realizado de arriba a abajo. Los sesgos atencionales estarían especialmente relacionados con una menor actividad de la corteza prefrontal ventrolateral derecha (implicada en la selección de estímulos) y de la corteza prefrontal dorsolateral derecha (implicada en la coordinación para desengancharse de estímulos negativos) y una hiperactividad de la amígdala (implicada en un procesamiento más rápido de estímulos negativos y disminución de los niveles de bienestar psicológico) (Disner et al., 2011). Estos procesos implicados en los sesgos atencionales serían cruciales en la explicación del aumento de vulnerabilidad tras episodios depresivos (De Raedt y Koster, 2010) y su modificación podría realizarse a través de intervenciones tanto farmacológicas como psicológicas (Browning, Holmes y Harmer, 2010). Precisamente la terapia cognitivo-conductual ha demostrado su relación con la normalización de la actividad amigdalal y de la corteza prefrontal dorsolateral en personas con depresión (De Rubeis, Siegle y Hollon, 2008), si bien se estima que su principal vía de influencia se basa en la alteración de la actividad en la corteza prefrontal lateral, mientras que las intervenciones farmacológicas parece impactar inicialmente a nivel amigdalal (Browning et al., 2010).

Conclusiones de los resultados empíricos en atención selectiva y depresión

A partir de los resultados revisados se podría concluir que la tendencia general apunta a la existencia de un patrón diferencial de funcionamiento atencional en la depresión (clínica y subclínica), en modo de (a) sesgo hacia la información negativa/depresiva y (b) ausencia de los sesgos atencionales positivos y de evitación de la información negativa propios de las personas sin patología. Además, el papel de los sesgos atencionales en el mantenimiento y/o exacerbación del trastorno depresivo parece confirmarse en diferentes investigaciones.

Aunque en 1999 Clark, Beck y Alford concluían que los resultados en investigación experimental cognitiva (atención, recuerdo incidental, supresión de pensamiento...) apuntaban a un procesamiento integrador preconsciente de material negativo, la investigación posterior ha sugerido que los sesgos atencionales se presentan con más facilidad cuando la duración de los estímulos ofrece la posibilidad de un procesamiento más elaborado, con resultados aún confusos respecto a sesgos en procesamiento puramente automático. Se necesitan en cualquier caso más estudios que puedan confirmar las condiciones en las que se manifiestan los sesgos y el rol causal de los mismos sobre la depresión.

SEGUNDA PARTE:

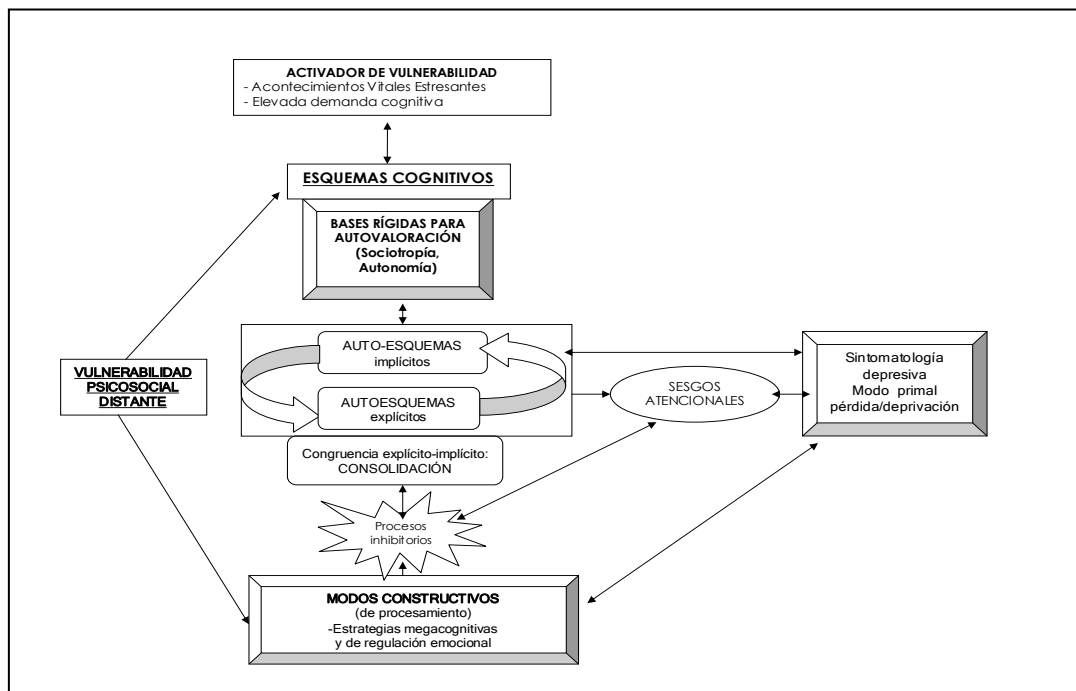
Investigación empírica

3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN PROPUESTA

3.1. Modelo teórico de base

Se sintetiza el modelo teórico de base de la investigación a modo de esquema en la figura 2.

Figura 2. Modelo teórico de base para la investigación



Siguiendo las aportaciones de los modelos y resultados empíricos revisados, los autoesquemas se presentan como elemento nuclear en la vulnerabilidad cognitiva a la depresión (ver, p.ej., revisión de Clark et al., 1999). Los autoesquemas incluirían representaciones internas del sí mismo (que organizan y guían el procesamiento de información), información autoevaluativa (reglas o condiciones para valorarse a uno mismo) y juicios de valía personal (derivados de la aplicación de las reglas de autovaloración), que determinan la valencia (positiva o negativa) y, con ello, el nivel de autoestima. Así, el autoesquema estaría compuesto por redes de elementos valorados como negativos y como positivos con diferentes potenciales de activación. Debido a que la persona vulnerable psicológicamente a la depresión confía en rígidas actitudes

disfuncionales de carácter contractual (contingencias) para determinar su autovalía, su visión positiva de sí misma estaría sujeta a frecuente reevaluación e interpretación, lo que contribuiría a su vez a una mayor incertidumbre sobre atributos auto-referentes y, por tanto, a un autoesquema positivo pobremente consolidado, frente a una mayor consolidación del autoesquema negativo (p.ej: Segal, Gemar, Truchon, Guirguis y Horowitz, 1995). La inestabilidad en la autoestima (valoración del autoconcepto) predeciría a su vez el aumento de síntomas depresivos (Kernis, 2005; Franck y De Raedt, 2007).

La activación de la vulnerabilidad (y, por tanto, de los procesos cognitivos asociados) dependerá de la interacción de la predisposición cognitiva con factores precipitantes o activadores (en condiciones habituales, estrés consistente en pérdida de un objeto o meta significativos). Mientras no se de esa activación, los autoesquemas permanecen estables pero latentes, de forma similar a cualquier otro esquema que está disponible pero sujeto a diferentes niveles de activación dependiendo de las demandas (internas o externas) planteadas al organismo. En el caso de la depresión, los desencadenantes típicos de tristeza se vinculan con un proceso de autoevaluación (el objeto o meta perdidos o no logrados eran fundamentales para la autoestima), que implica comparar el estado real del sí mismo con las reglas de autovaloración. Mientras la persona cree cumplir las contingencias de evaluación de su autovalía, sus autoevaluaciones tienden a ser positivas. Sin embargo, si no se supera el estándar, se genera un afecto negativo (modo primal de pérdida o deprivación), que puede llevar a nuevos intentos de reducir la discrepancia o a escapar de la autoevaluación. En un proceso normal, la opción tomada dependerá de la probabilidad percibida de éxito: unas altas expectativas llevarán a reducir la discrepancia, mientras que bajas expectativas llevarán a desistir de la conducta e intentar retirar el foco atencional de la autoevaluación. La vulnerabilidad consistiría precisamente en la incapacidad para finalizar ese proceso autorregulatorio cuando la discrepancia es irreductible. Esto ocurre porque el objetivo (lo que no se puede

conseguir o se ha perdido) provee al individuo de un sentido de identidad o autovalía: desistir de la meta significaría aceptar una evaluación negativa de sí mismo. La persistencia sobre la discrepancia negativa, sin embargo, provoca más fracasos repetidos en los intentos de cumplir las contingencias, de modo que los aspectos negativos del self son cada vez más salientes, y se agudiza la sintomatología depresiva (prolongación y empeoramiento del estado de tristeza). En este momento puede iniciarse además un proceso de reforzamiento negativo del estado depresivo dado que la autoimagen negativa emergente libera del esfuerzo requerido por mantener una autoimagen positiva.

Así, el inicio de sintomatología depresiva, en relación con diferentes desencadenantes o activadores de vulnerabilidad, provocaría consecuencias en el autoconcepto y su valoración (baja autoestima como síntoma depresivo), así como la puesta en marcha de estrategias de regulación orientadas a modificar tanto los síntomas depresivos como su impacto sobre la autoestima. La funcionalidad de dichas estrategias mantiene claves importantes del mantenimiento y cronificación del estado depresivo. Los *intentos de supresión* se incluyen dentro de las estrategias que suelen ser consideradas contraproducentes (p.ej: Abramowitz et al., 2001), suponiendo un aumento del riesgo de depresión (Wenzlaff y Bates, 1998). Este aumento puede estar asociado a (1) mayores sesgos hacia contenidos relacionados precisamente con el material que se quiere suprimir (Wegner et al., 1993; Wenzlaff, Meier y Salas, 2002), más probables cuanto más global es la cognición que se pretende suprimir (Abramowitz et al., 2001), y (2) la excesiva monitorización, que puede impedir a la atención dirigirse a nueva información contradictoria con las creencias negativas (Wells y Matthews, 1994). La evitación de procesamiento de información incompatible con el modelo esquemático dominante también funcionaría en el *estilo represor* ante la interpretación de contenidos auto-amenazantes.

La relación bidireccional entre auto-representación y estrategias metacognitivas y de regulación emocional implica que las diferencias individuales en la construcción

de auto-representación y variables relacionadas con esa construcción (como la historia previa de depresión o la vulnerabilidad cognitiva en términos de Sociotropía y Autonomía) pueden influir en la preferencia (no necesariamente consciente) hacia determinadas estrategias de regulación y en su eficacia, y viceversa. Por ejemplo, dado que los estilos personales Sociotropía y Autonomía se caracterizan por imponer rígidas reglas de autovaloración, ello facilita que cualquier rasgo valorado como negativo sea contemplado como una amenaza para la autoestima: la supresión de pensamientos sería por tanto una opción para descartar esa característica “intolerable”. Sin embargo, los rasgos descartados podrían mantenerse a nivel de autoconcepto implícito (como un “yo posible” indeseable). A su vez, el uso de estrategias de supresión cognitiva puede influir en la congruencia de los modelos explícito e implícito de auto-representación y, por tanto, en su estabilidad, facilitando el mantenimiento de modelos de valencias opuestas: uno explícito positivo y un modelo implícito negativo que tiende a suprimirse. Debe recordarse que la supresión de pensamiento implica dos mecanismos: el proceso controlado de distracción intencional (aplicado al autoconcepto: suprimir pensar en la conducta o rasgo “negativos”) y el sistema de monitorización, normalmente inconsciente, del material suprimido.

De forma alternativa, el uso de otra estrategia habitualmente más funcional como la reinterpretación cognitiva (p.ej: Hernangómez y Vázquez, 2005) posiblemente facilitara que las características valoradas como negativas pudieran integrarse en un autoconcepto positivo global, sin necesidad de incongruencias entre el modelo explícito y el implícito.

Una vez activados, los modelos esquemáticos dominantes provocarían toda una serie de sesgos tendentes a elaborar y codificar la información consistente con ellos (procesamiento arriba-abajo) e ignorar y olvidar la información inconsistente. La relación bidireccional entre modos constructivos aprendidos para regulación del estado de ánimo y sesgos atencionales refleja la influencia mutua entre estos factores. Los sesgos atencionales pueden influir en la selección e interferir en la efectividad de las

estrategias de regulación (Joormann, Yoon, & Siemer, 2010), contribuyendo de este modo al cese o al mantenimiento y exacerbación de un estado de ánimo deprimido. Así, los procesos inhibitorios podrían constituir una respuesta a la interferencia generada por la información negativa (con mayor esfuerzo inhibitorio puesto en marcha cuanto mayor interferencia genere esa información -Neill et al, 1995; Gotlib, Yue y Joormann, 2005), aunque puede darse el efecto paradójico de que aumente precisamente la interferencia que se intenta evitar. Por todo ello, la mayor dificultad atencional del depresivo puede encontrarse en las dificultades para desengancharse de la información afectiva (negativa) una vez que ésta ha conseguido entrar en su foco atencional (Joormann y D'Avanzato, 2010). Este déficit inhibitorio para información afectiva es estable tras la remisión de un episodio depresivo y podría representar un potencial factor de vulnerabilidad (Joormann, 2004; Goeleven et al., 2006; Joormann y Gotlib, 2007), dada la relación de las dificultades para desenganchar la atención con la prolongación del afecto negativo (Compton, 2000). La dificultad para desengancharse de estímulos emocionales puede obstaculizar la puesta en marcha de estrategias como la distracción y la refocalización atencional, así como la reinterpretación cognitiva, y se relaciona precisamente con la ocurrencia de pensamientos intrusivos y respuestas rumiativas, así como con una mayor reactividad emocional al estrés y mayores posibilidades de sintomatología depresiva (p.ej: Beevers y Carver, 2003; Compton, Heller, Banich, Palmieri y Miller, 2000; MacLeod y Hagan, 1992). Paralelamente, podría esperarse que la pobre consolidación del autoesquema positivo redunde en una excesiva facilidad para desengancharse de la información positiva, lo que podría ser más evidente en fases iniciales de la depresión (p.ej: Ingram y Ritter, 2000).

Por otra parte, las estrategias de regulación empleadas pueden condicionar la manifestación de los sesgos y su dirección. Siguiendo el modelo de Gross (1998a, 1998b), una de las estrategias básicas de regulación emocional consiste en ignorar las claves (internas o externas) que eliciten la emoción o atender inicialmente a la

situación pero rápidamente intentar desenganchar de ella y redireccionar la atención. Una forma indirecta de comprobar si se está produciendo la influencia de estas estrategias en la tarea es comparar con el funcionamiento normativo. Dentro del paradigma de seguimiento en escucha dicótica, se han encontrado sesgos atencionales coherentes con los intereses personales en población general, sin necesidad de realizar un priming previo (Li, Jackson y Chen, 2011). Lo “normal” por tanto es tener dificultades para desengancharse de estímulos relacionados con intereses personales: si esa dificultad no se manifiesta, cabe inducir que se han puesto en marcha mecanismos que impiden su manifestación. Las dificultades para desengancharse podrían estar relacionadas con una elaboración del significado de los estímulos, lo que podría reflejarse en otros sesgos cognitivos. Aunque este modelo se focaliza en sesgos atencionales, no debería olvidarse que otro tipo de sesgos (mnésicos, interpretativos...) y otros factores aparecen e influyen en las estrategias de regulación, así como el *conocimiento* de estrategias efectivas y la *motivación* para ponerlas en marcha (Campbell-Sills y Barlow, 2007; Hervás, 2011; Kring y Werner, 2004).

El estrés percibido es influido tanto por la vulnerabilidad cognitiva, en general, como por los sesgos atencionales específicos. La vulnerabilidad cognitiva puede predisponer al estrés porque cuanto más rígidas son las reglas de autovaloración de la persona, más se multiplican los sucesos que pueden amenazar a la autoestima y, por tanto, potencialmente estresantes. Los sesgos atencionales pueden influir en la interpretación de las situaciones vividas, facilitando una percepción protectora de los sucesos o, por el contrario, intensificando la atención sobre los aspectos negativos.

Aunque no constituye objeto de la presente investigación, es importante especificar que los autoesquemas proceden, al igual que el resto de esquemas, de las representaciones organizadas de la experiencia del individuo, destacando el vínculo disfuncional padres-hijos (negligencia, maltrato psicológico, rechazo, expresión inconsistente de afecto, baja calidez, sobreprotección) y el modelado en procesos

cognitivos (perfeccionismo, énfasis en logro, estilo atribucional estable y global, anticipación de consecuencias negativas....). Enfatizar el origen interpersonal de la vulnerabilidad cognitiva no significa en modo alguno negar la influencia de variables biológicas en la organización psíquica de un individuo, pero sí implica no olvidar que todo se construye socialmente: los factores biológicos (p.ej: diferencias temperamentales o déficit sensoriales) conllevan una experiencia que el individuo aprende a connotar y afrontar de una determinada manera en un medio social concreto. Del mismo modo, no se niega tampoco la posible influencia de factores de vulnerabilidad biológicos, simplemente han quedado excluidos del esquema por no ser objeto de estudio en esta investigación. Es más, se presupone que los factores anteriormente descritos contribuyen a aumentar el riesgo de depresión pero no constituyen rasgos ni necesarios ni suficientes, aceptando la intervención de otros factores psicológicos, sociales y biológicos.

3.2. Consideraciones metodológicas en la investigación en vulnerabilidad a la depresión y procesos atencionales.

a) Muestra de la investigación

El tamaño de la muestra es un factor que puede explicar los resultados inconsistentes encontrados en algunas variables relacionadas con la vulnerabilidad cognitiva a la depresión. Dado que el modelo cognitivo asume que la depresión es un trastorno heterogéneo con diferentes vías etiológicas, un contraste adecuado del modelo de vulnerabilidad cognitiva debería asegurarse un número suficiente de personas de alto riesgo.

En cuanto a la psicopatología presente en la muestra, existen diferentes aspectos polémicos a considerar. Los modelos cognitivos que intentan explicar los trastornos emocionales parten de la continuidad de los procesos cognitivos normales y anormales como precepto básico (hipótesis de la continuidad; Beck, 1976), asumiendo que la depresión leve sirve como un adecuado análogo de la depresión clínica, con

diferencias cuantitativas pero no cualitativas entre ambos estados. Lo cierto es que es posible que tanto la continuidad como la discontinuidad existan (Haaga y Solomon, 1993): aunque la mayoría de la investigación apunta a favor de la continuidad, pueden existir algunas discontinuidades en los niveles más severos de depresión (Flett, Vredenburg y Krames, 1997). Además, no se debe olvidar, especialmente en el uso de muestras universitarias, que la continuidad (generalización dentro de la misma muestra) es diferente de la “comparabilidad” (generalización de una muestra a otra, a otros tipos de participantes).

Una cuestión estrechamente unida a la anterior la constituyen los instrumentos de evaluación empleados para valorar la existencia de depresión. Los instrumentos de selección habituales para muestras subclínicas son inventarios de síntomas, con el riesgo de medir malestar psicológico general que la depresión comparte con otro tipo de trastornos (p.ej: Beutler, Clarkin y Bongar, 2000). Sin embargo, la confianza exclusiva en categorías diagnósticas no refleja la realidad clínica, dado que la mayoría de los procesos psicológicos ocurren en un continuo y son cada vez más los autores que reclaman la necesidad de estudiar síntomas más que síndromes (p.ej: Harvey et al., 2004). La solución más completa apunta por tanto a protocolos de evaluación multimétodo que incluyan tanto valoraciones de síntomas como criterios diagnósticos (p.ej. entrevistas estructuradas).

La elevada comorbilidad de la depresión con la ansiedad conduce a la necesidad de medidas de esta segunda variable. Aun aceptando las similitudes de los procesos cognitivos y conductuales subyacentes a ambos trastornos psicológicos, es preciso considerar a la vez la posibilidad de factores diferenciales, o incluso de una relación espuria entre depresión y atención, únicamente atribuible a los efectos de la ansiedad comórbida.

b) Diseño de la investigación

En el estudio de la vulnerabilidad, los estudios realizados en diferentes momentos temporales constituyen un diseño privilegiado para aclarar la relación

causal entre variables cognitivas y síntomas depresivos, si bien no son el tipo de investigación que ha predominado (Hammen, 2005). El tiempo considerado en un **diseño longitudinal** puede variar en un rango amplio, desde días a años, influyendo factores teóricos y pragmáticos en la decisión de los tiempos de medida. Cuando la muestra se compone de estudiantes, es habitual que el intervalo entre inicio y seguimiento sea de semanas (Ingram et al., 1998).

Una de las alternativas frecuentes a los diseños longitudinales son los **diseños de remisión de carácter retrospectivo**. Dadas las elevadas tasas de recidivas en los trastornos depresivos, un factor identificado habitualmente con la vulnerabilidad es el hecho de haber padecido un episodio depresivo en el pasado. El objetivo principal para el que pueden emplearse este tipo de diseños es la valoración de la estabilidad de factores cognitivos potencialmente causales, si bien surgen dificultades asociadas a la accesibilidad o detectabilidad de dichos factores y a la interpretación causal, ya que los sesgos cognitivos observados en previamente deprimidos pueden representar una secuela o consecuencia del trastorno depresivo. Además, no es infrecuente que las personas previamente deprimidas informen de mayores niveles de estado de ánimo negativo (Miranda et al., 1998), por lo que se pueden confundir los efectos de la depresión previa con los del ánimo actual si no se controla la sintomatología depresiva presente en el momento del estudio.

Los **diseños de alto riesgo** seleccionan a los participantes en base a un conjunto específico de características de vulnerabilidad y examinan si dichos factores se relacionan con la probabilidad de experimentar depresión en el futuro. Las características de vulnerabilidad son definidas habitualmente por criterios teóricos (por ejemplo, la selección de participantes en base a variables como la Sociotropía y Autonomía) y no son independientes de otros factores, como la depresión previa.

c) Paradigma experimental en tareas atencionales

Dado que la depresión parece asociada con un sesgo en el mantenimiento más que en la orientación atencional (Joormann y D'Avanzato, 2010), los paradigmas de

filtro constituyen un paradigma idóneo para examinar las condiciones bajo las cuales el desenganche atencional pueden facilitarse o dificultarse y cómo afecta al procesamiento. Otra ventaja del paradigma de filtro es su grado de validez ecológica, dado que se acerca a una realidad en la que la persona debe convivir con múltiples estímulos que concurren y compiten a la vez.

Dentro del paradigma de filtro, una ventaja de los test auditivos (escucha dicótica) es que permiten presentar al mismo nivel de agudeza sensorial los estímulos atendidos y los ignorados (dado que el participante no puede cerrar o redirigir sus oídos como puede hacer en los estímulos visuales), lo que facilita no confundir procesos sensoriales y atencionales (Cowan, 2005). Clark et al. (1999) concluyen que aunque los resultados de escucha dicótica no pueden proveer de evidencia inequívoca de procesamiento atencional preconsciente, sí pueden utilizarse para investigar los sesgos de codificación selectiva no intencional o involuntaria en deprimidos frente a los no deprimidos. Múltiples autores (p.ej: Brancucci y Tommasi, 2011; Hugdahl, 2011; Koch, Lawo, Felsy Vorländer, 2011; Yiend, 2010) señalan la escucha dicótica como una valiosa herramienta metodológica en el estudio de los mecanismos de lateralidad, conciencia y atención en modalidad auditiva, si bien Yiend advierte que aún predomina su uso con material no emocional en población general.

Aunque en el planteamiento inicial de la tarea de escucha dicótica se pensaba que la persona procesaría bien uno de los canales y no podría procesar ni recordar el otro, posteriormente se ha planteado que el sujeto puede procesar simultáneamente tanto la palabra objetivo (target) como el distractor, o puede ser que se procesen automáticamente algunos aspectos de los estímulos distractores e incluso que se complete el proceso de identificación de un ítem de una forma retrasada, cuando ya no está presente el estímulo, en base a la memoria sensorial (Ingram et al., 1994; Williams et al., 1997; Wenzel y Rubin, 2005). Sin embargo, que ello deteriore la ejecución en una tarea de seguimiento depende en gran parte de lo demandante que resulte la tarea y del estado psicológico del participante.

La influencia sobre el estado psicológico se ha realizado tradicionalmente por medio de procedimientos de inducción de estado de ánimo. Algunos autores llegan incluso a plantear el *priming* como condición *necesaria* para activar creencias latentes. Sin embargo, según los datos revisados, en algunos estudios se manifiestan los sesgos atencionales sin necesidad de inducción de estado de ánimo negativo, también en población general (p.ej: Li et al., 2011). Además, la evidencia empírica indica que los intentos por auto-regular estados de ánimo negativos por parte de individuos vulnerables, pueden dificultar la detección de sesgos negativos en el procesamiento de información incluso en esas circunstancias. Por ello, una alternativa en el procedimiento experimental sería reducir estrategias como la supresión de pensamiento aumentando la carga cognitiva (p.ej: Wenzlaff et al., 2001). Un amplio cuerpo de investigación muestra que durante la supresión de pensamiento la imposición de una carga cognitiva (ej: una tarea de memoria concurrente) dificulta la distracción y dirige a un resurgimiento de pensamientos no deseados. Estas manipulaciones de la carga cognitiva pueden revelar sesgos suprimidos sin afectar adversamente el estado de ánimo de los participantes. Además, en la actualidad se cuenta con una medida ampliamente utilizada (White Bear Suppression Inventory, *WBSI*, Wegner y Zanakos, 1994) que puede contribuir a controlar las posibles estrategias de supresión llevadas a cabo.

El aumento de carga recibe aún más apoyos si el proceso cognitivo estudiado es la atención. Una desventaja habitual de la tarea de escucha dicótica es el efecto techo por lo que se recomienda combinarla con otra tarea secundaria simultánea, normalmente visual, de tiempo de reacción simple, que el sujeto debe completar mientras efectúa el seguimiento de la escucha dicótica. Dado que el sujeto inicialmente está motivado a seguir las instrucciones y puede poner en marcha estrategias para ignorar el material emocional, el objetivo de la tarea secundaria sería generar limitaciones de procesamiento que fueren la manifestación de sesgos que, de otro

modo, podrían no manifestarse. Además, aporta medidas adicionales de la interferencia en el rendimiento (tiempo de reacción y errores en la tarea secundaria).

Por último, es interesante considerar la posibilidad de simultanear en el mismo estudio diferentes tareas cognitivas aplicadas a la misma muestra. Son poco frecuentes los estudios que han administrado dos o más tareas a los mismos participantes con el fin de valorar la coherencia entre los sesgos de procesamiento en diferentes medidas (Gotlib et al., 2004), y algunos encuentran escasa relación entre medidas, incluso dentro del mismo proceso como la tarea Stroop y la tarea de detección del punto (Mogg et al, 2000; Dalglish et al, 2003). Las medidas de recuerdo y reconocimiento incidental se han empleado en ocasiones como medida indirecta de la atención (p.ej: Giorgio et al., 2010) y, en escucha dicótica, con el objetivo de comprobar si ha habido un procesamiento semántico de los distractores (Yiend, 2010). El recuerdo incidental supone una actividad de procesamiento dirigida por los esquemas (conceptualmente o “de arriba a abajo”) frente al procesamiento dirigido por los datos, lo que adquiere mayor interés cuando el objeto del estudio es la vulnerabilidad cognitiva (esquemas cognitivo-interpersonales como la sociotropía y la autonomía). El problema fundamental del empleo de estas medidas es la confusión de la codificación selectiva con la recuperación selectiva, si bien puede ser relevante comprobar la coherencia entre medidas y sesgos en la misma muestra.

d) Canal de presentación de los estímulos atendidos

Actualmente se cuenta con diversos argumentos para afirmar que, en la mayoría de los participantes, el mensaje atendido debe ser escuchado en el oído derecho y el mensaje no atendido en el izquierdo. En primer lugar, es ya conocida la frecuente ventaja del oído derecho para material verbal, ya que éste mantiene un acceso más directo con la corteza auditiva izquierda y tiene así un acceso privilegiado a las regiones del hemisferio izquierdo implicadas en la comprensión del lenguaje (Kimura, 1961, 1967; Hugdahl, Westerhausen, Alho, Medvedev, Laine y Hämäläinen, 2009). Sin embargo, la información que va a esos mismos centros desde el oído

izquierdo debe ir primero a la corteza auditiva derecha y después estar sujeta a pérdidas en la transmisión interhemisférica (Bryden, 1988). Si obligáramos al participante a atender estímulos verbales en el oído izquierdo mientras escucha otros en el oído derecho, estaríamos generando, independientemente del contenido de los estímulos, un aumento en la interferencia del canal no atendido y se medirían aspectos más relacionados con el control ejecutivo y no tanto con los procesos atencionales (Gadea y Espert, 2004; Yurgil y Golob, 2010). Por otra parte, Dawson y Schell (1982) demostraron que la detección del significado de estímulos no atendidos sólo era posible cuando éstos se presentaban por el oído izquierdo.

En cuanto a la posible influencia de efectos de lateralidad en el rendimiento de cada participante, la mayoría de los zurdos, como los diestros, presentan una predominancia del hemisferio izquierdo para la representación del lenguaje y, con ello, una mayor ventaja del oído derecho, sin embargo la proporción de diestros con ventaja del oído derecho (95-99%) es significativamente diferente de la proporción de zurdos con esa misma característica (65-85%) (Gadea y Espert, 2004). Algo parecido ocurre en la relación entre lateralidad y sexo, de modo que los hombres parecen más “lateralizados” que las mujeres en las funciones psíquicas (p.ej: Bryden, 1979; McGlone, 1980; Kimura, 1985), y este resultado parece reflejarse en las tareas de escucha dicótica, con mejores resultados en atención forzada al oído izquierdo en mujeres zurdas respecto a hombres (Hugdahl et al., 2009). Una forma clásica de controlar estas diferencias de modo sencillo estriba en tomar datos sobre la mano dominante de los participantes, ya que está relacionada con la lateralización del lenguaje (Segalowitz y Bryden, 1983).

e) Tiempos de exposición a estímulos e inter-estímulos

Numerosos autores apoyan la tesis según la cual el uso de tiempos breves de presentación de estímulos puede explicar la ausencia de resultados en la detección de sesgos atencionales en depresión (p.ej: Mogg y Bradley, 2005; Donaldson et al., 2007), por lo que sugieren unos tiempos relativamente largos, entre 1 y 10 segundos

en tareas como dot-probe y Stroop. Los argumentos a favor de la mayor duración de la exposición al estímulo sugieren que permitiría que la información emocional entrara a ser foco de atención y la puesta en marcha de procesos elaborativos, con un mayor consumo de capacidad de procesamiento, lo que facilitaría la detección de sesgos en desenganche (Mogg y Bradley, 2005).

En el caso de la escucha dicótica, sin embargo, el tiempo de presentación del estímulo depende del estímulo en sí, dado que es auditivo y no visual. Esto suprime las posibles diferencias producidas por habilidad lectora o por distracciones visuales (el participante no puede evitar oír los estímulos completamente) pero deja margen a la manifestación de diferencias individuales en la elaboración del estímulo, influidas por factores cognitivo-emocionales. En cuanto al tiempo de presentación *entre estímulos* algunos autores utilizan tiempos largos, de 1-10 segundos, con resultados positivos (p.ej: Ingram et al., 1994; Ingram y Ritter, 2000; Li et al., 2011). Sin embargo, la amenaza de un posible efecto techo hace que sea precisamente más difícil detectar los sesgos con tiempos más prolongados, dado que la tarea se convierte en más sencilla y menos demandante para los participantes. En la variante de escucha dicótica en la que se presenta una señal auditiva para orientar la atención hacia el oído se ha observado que el intervalo temporal sonido-ítem idóneo es de 450 msg. (versus 150 y 750 msg.) (Mondor y Bryden, 1991, 1992). Además, en otras tareas como la tarea auto-referente y la Stroop modificada, Gupta-Rogers (1998) no encontró influencia de los tiempos de exposición (llegando a ser el tiempo mínimo de exposición sólo 50 milisegundos) en la manifestación de sesgos congruentes con vulnerabilidad cognitiva (sociotropía y autonomía).

f) Estímulos experimentales

Una deficiencia frecuente en las primeras investigaciones en este campo ha sido el uso de estímulos verbales poco relevantes para el tipo de población y constructo que se pretende estudiar, como por ejemplo, el uso de palabras “amenazantes” o relevantes a la ansiedad en investigación con deprimidos (Clark et

al., 1999; Donaldson et al., 2007). Se necesita material estimular relevante a las preocupaciones personales del participante para poder encontrar efectos de atención selectiva en la depresión (p.ej: Schlosser et al., 2011). Gotlib et al (2004) constatan que, en general, los sesgos en atención y memoria en depresión son más pronunciados ante estímulos tristes que ante otros estímulos negativos (p.ej. enfado). Debería considerarse además que los estímulos “amenazantes socialmente” (p.ej: Roberts, Hart y Eastwood, 2010) pueden ser estímulos significativos sólo para un subtipo de vulnerabilidad cognitiva (la sociotropía).

Otro aspecto nuclear para asegurar la detección de sesgos cognitivos es considerar en la elección de los estímulos experimentales la importancia de la auto-referencialidad en el procesamiento de información que caracteriza a la depresión (Segal y Vella, 1990; Clark et al., 1999; Mogg y Bradley, 2005). Por ejemplo, el juicio negativo y recuerdo negativo en estado de ánimo deprimido son específicos de la codificación auto-referente y no son evidentes cuando se codifican adjetivos de rasgo según otros criterios (como las características estructurales o semánticas de la palabra o si los adjetivos son descriptivos de otra persona) (p.ej: Baños, Medina y Pascual, 2001). Los adjetivos de rasgo positivos y negativos tienden a mostrar fuertes efectos de recuerdo congruente con el estado de ánimo, mientras que nombres abstractos positivos y negativos muestran efectos débiles (Teasdale y Barnard, 1993).

En cuanto a la inclusión de atributos, es interesante considerar si el autoesquema incluye no sólo aquellos rasgos que los sujetos identifican como autodescriptivos y cuya presencia, por tanto, ayuda a definir su identidad sino también aquellos que valoran como (extremadamente) no autodescriptivos y cuya ausencia sirve para apoyar el sentido de sí mismo. Los resultados disponibles parecen apoyar que las identidades poseídas y las evitadas son dos polaridades dentro de las cuales se forma dialécticamente la identidad. En el caso de los sujetos deprimidos, se ha observado un sesgo a señalar los *adjetivos positivos* como extremadamente *no-autodescriptivos* (Segal y Vella, 1990), mientras que la identificación con adjetivos

negativos no siempre está clara. Por ello, además de estímulos negativos, sería interesante considerar la inclusión de estímulos positivos, dado que también están relacionados con las preocupaciones de la persona deprimida, aunque de un modo antónimo (Fritzsche et al., 2010). Diferentes autores han señalado la importancia del balance de pensamientos positivos y negativos y el rol moderador de la cognición positiva sobre la relación entre sucesos vitales y disforia (Bruch, 1997; Lightsey, 1994; Zautra, Affleck, Tennen, Reich y Davis, 2005), así como la influencia del afecto positivo sobre la cognición, con efectos como reducción de la flexibilidad cognitiva o alteraciones en la rapidez atencional (Compton, Wirtz, Pajoumand, Claus y Heller, 2004). Una clara conclusión de la línea de estudios centrada en aspectos positivos es que esos aspectos deben ser evaluados al margen de lo negativo (Zautra et al, 2005). De hecho, ésta podría ser una diferencia con los sesgos en ansiedad, ya que, como plantean Clark y Watson (1991), la ansiedad y la depresión se diferencian no tanto por el hecho de que en la depresión haya un tono afectivo negativo (que comparte con la ansiedad) sino porque en la depresión se da una ausencia de afectividad positiva. Considerando además los sesgos como inherentes a la condición humana, la inclusión de material positivo facilitaría la detección de ausencia de sesgos normales o adaptativos, que puede ser tan característica de los estados disfóricos o más que la aparición de un sesgo negativo. Ingram et al (1997) proponen que el procesamiento de información positiva puede ser lo primero en deteriorarse en un proceso depresivo. De hecho, en memoria se ha observado que el problema podría ser la dificultad para pensamiento positivo más que una mayor accesibilidad del pensamiento negativo (Teasdale y Barnard, 1993; Power y Dalgleish, 1997). Incluso estos últimos autores sugieren que en ocasiones podría aparecer un sesgo positivo “defensivamente activo” (*ibidem*, p. 300). Es interesante recordar en este sentido que el sesgo evitativo de información positiva no correlaciona con el sesgo hacia información negativa (Shane y Peterson, 2007), sugiriendo diferentes tipos de procesamiento en función de la valencia de los estímulos emocionales.

Donaldson et al. (2007) señalan además la necesidad de disponer de un conjunto de palabras categorizadas como neutras y considerar la frecuencia de uso de la palabra. Aunque pocos autores han investigado el efecto de la frecuencia en la detección de estímulos no atendidos (p.ej: Ortells y Fuentes, 1992), se ha demostrado que las palabras de baja frecuencia no atendidas son mejor reconocidas que las de alta frecuencia (Ortells, 1982; Techentin y Voyer, 2011). Este hecho podría explicar los resultados contradictorios en estudios que no manipulen esta variable, ya que, en función del tipo de frecuencia que predomine, se encontrará o no evidencia de procesamiento semántico no atendido.

g) Medida del estrés

Los dos procedimientos básicos en la medida del estrés han sido el autoinforme y la entrevista estructurada. El autoinforme, al tratarse de una medida retrospectiva y subjetiva, implica sesgos de memoria y de valoración de la gravedad del estresor, confundiendo la ocurrencia de estresores vitales externos con la percepción individual del suceso, influida a su vez por la propia vulnerabilidad personal y por la misma sintomatología depresiva. Estos sesgos se han considerado durante mucho tiempo como el origen de un efecto de confundido a evitar (confusión de variables de vulnerabilidad y estrés), sugiriéndose como método alternativo de medida la entrevista estructurada (p.ej: Hammen, 2005). Sin embargo, las entrevistas estructuradas, siendo más costosas, no parece generar más evidencia a favor del modelo diátesis-estrés que los auto-informes, y cada vez son más los autores que, basándose en la evidencia empírica, abogan por un enfoque transaccional más congruente con la teoría cognitiva (p.ej: Safford et al., 2007), que integre los procesos de interpretación como variable mediadora fundamental en la activación de estructuras y procesos cognitivos depresotípicos por el suceso, y no como mera variable contaminadora.

Además, uno de los defectos habituales en la investigación de la relación estrés-depresión (Hammen, 2005) es el sesgo hacia la medida de estresores **episódicos**. La importancia del estrés cotidiano se manifiesta de una forma cada vez

más evidente en la depresión y debería ser considerado por tanto en las investigaciones en esta área.

h) Medida de la vulnerabilidad cognitiva

Desde la teoría cognitiva de Beck, el método de evaluación más frecuente para acercarse a medir los esquemas cognitivos ha sido el autoinforme de actitudes disfuncionales, con dificultades para conseguir predecir depresión (ver revisión en Abramson, Alloy, Hankin, Haefel, MacCoon y Gibb, 2002). La principal explicación a esta ausencia frecuente de resultados con las medidas de autoinforme es que estas técnicas sólo son válidas para medir aquellas creencias, actitudes o estilos cognitivos que son accesibles a la conciencia, dentro del procesamiento controlado (Hartlage, Alloy, Vázquez y Dykman, 1993). Esto es, los cuestionarios hacen referencia al contenido de un modelo explícito del self mantenido en la memoria, pudiendo reflejar sesgos de autopresentación (Segal y Swallow, 1994), pero no pueden medir los modelos mantenidos a nivel implícito o no consciente. De este modo, las personas vulnerables a la depresión podrían informar de creencias positivas auto-referentes en un cuestionario porque no se dan cuenta de que mantienen sesgos subyacentes que favorecen interpretaciones negativas o porque de forma activa están evitando pensar negativamente. Sin embargo, los esquemas cognitivos implican procesamiento automático, con más dificultades de accesibilidad a la conciencia (Traill y Gotlib, 2006). Dado que los esquemas dirigen la atención a determinados estímulos y facilitan el recuerdo de determinados tipos de información, una medida alternativa, y en ocasiones con mayor poder predictivo sobre la depresión (p.ej: Rude, Durham-Fowler, Baum, Rooney y Maestas, 2010), se basaría en tareas de procesamiento de información.

Una estrategia adicional es la propuesta por Wenzlaff et al. (2002) consistente en valorar el grado de certeza/incertidumbre sobre las actitudes adaptativas autoadscritas en un cuestionario, dado que esta variable puede reflejar el grado de conflicto entre las actitudes disfuncionales que se intentan suprimir y las creencias

adaptativas que se exponen explícitamente en el autoinforme. Esta propuesta facilita el empleo de ambas medidas (tareas experimentales y medidas de autoinforme) como complementarias en la investigación sobre vulnerabilidad cognitiva.

Un aspecto problemático en la medida de la Sociotropía y Autonomía es la independencia de estas variables. Un error frecuente en la interpretación de esa independencia de las dimensiones ha sido la confusión de independencia con incompatibilidad, excluyendo a los participantes “mixtos” (esto es, con puntuaciones elevadas en ambas dimensiones) del análisis de datos en las investigaciones (p.ej: Abela, McIntyre-Smith y Dechef, 2003). Sin embargo, Sociotropía y Autonomía son vulnerabilidades que pueden afectar a la misma persona, dado que la independencia de variables implica que, dentro de las personas consideradas como vulnerables, algunas mostrarán una orientación de personalidad predominantemente sociotrópica, otras una orientación predominantemente autónoma mientras que otras podrán mantener una mezcla de ambas orientaciones de personalidad (Beck, 1983; Zuroff, Mongrain y Santor, 2004). Zuroff (1992) sugiere que los individuos de vulnerabilidad “mixta” (elevadas Sociotropía y Autonomía) pueden presentar diferentes “modos” o estructuras cognitivo-afectivas asociadas con ambas vulnerabilidades que se activarían en función del contexto situacional. Ello podría dar lugar a oscilaciones entre diferentes patrones de conducta (que pueden llegar a ser opuestos, como la búsqueda de apoyo y la evitación de intimidad) en los diversos contextos psicosociales (Zuroff et al., 2004). Dentro de los análisis que se han realizado de las muestras mixtas, los resultados apuntan a un efecto de interacción sinérgico de modo que la unión de ambas variables potenciaría los efectos patógenos, aumentando la vulnerabilidad a la depresión clínica (Zuroff y deLorimer, 1989), la intensidad de la sintomatología (Rosenfarb, Becker, Khan y Mintz, 1994), la percepción de estresores (Mongrain y Zuroff, 1994), así como la duración de la depresión (Klein, Harding, Taylor y Dickstein, 1988). Butler (1993) sugiere que la combinación de ambas variables genera una elevada tensión emocional por la excesiva autoexigencia en diferentes planos y

describe que el patrón mixto combinado con historia previa de depresión se caracteriza por usar más respuestas de afrontamiento orientado a la emoción.

Otra aportación a considerar en el estudio de Sociotropía y Autonomía es la observación de que estas dimensiones incluyen componentes demasiado distintos como para considerarlos una dimensión única de la personalidad, mostrando patrones diferentes de vulnerabilidad a la disforia (Frewen y Dozois, 2006a) e incluso algunas facetas como el logro de metas podrían mantener una relación negativa con psicopatología (Bieling, Beck y Brown, 2000). Estos datos advierten de la necesidad de estudiar por separado los diferentes componentes o dimensiones de Sociotropía y Autonomía.

3.3. Objetivos e Hipótesis de la investigación

Los estudios de la presente investigación se centraron en:

- 1) Comprobar la existencia de **sesgos atencionales** *específicos* hacia información emocional (*negativa y positiva*) mediante una tarea de seguimiento o sombreado en escucha dicótica, esperando que el rendimiento atencional se deteriore (más errores, mayor tiempo de reacción en tarea secundaria) cuando el canal no atendido demande atención por presentar estímulos emocionales coherentes con intereses centrales de los participantes, esto es, en los siguientes casos:
 - 1.1) en personas **deprimidas** (hipótesis 1.1.)
 - 1.2) en personas en **riesgo** de depresión (historia previa de episodios depresivos) (hipótesis 1.2.);
 - 1.3) en personas con **vulnerabilidad** cognitiva a la depresión (actitudes o estilos personales disfuncionales) (hipótesis 1.3.).
- 2) Comprobar, mediante tarea de juicios autodescriptivos, la existencia de **modelos de auto-representación** en los constructos relacionados con depresión:
 - 2.1) negativo a nivel explícito (respuestas de aceptación/rechazo) e implícito

(tiempos de respuesta) en personas **deprimidas** actualmente (**hipótesis 2.1.**);

2.2) positivo a nivel explícito (respuestas de aceptación/rechazo) y negativo a nivel implícito (tiempos de respuesta) en personas no deprimidas en **riesgo** de depresión (historia previa de episodios depresivos) (**hipótesis 2.2.**);

2.3) positivo a nivel explícito (respuestas de aceptación/rechazo) y negativo a nivel implícito (tiempos de respuesta) en personas no deprimidas con **vulnerabilidad** cognitiva a la depresión (elevadas Sociotropía y Autonomía) (**hipótesis 2.3.**).

3) Comprobar la relación entre **sesgos atencionales** y **modelos de auto-representación** en los constructos relacionados con depresión:

3.1) comprobar la relación entre sesgos atencionales específicos y modelos de auto-representación (**hipótesis 3.1.**);

3.2.) comprobar la relación de la **activación de esquemas emocionales negativos** (medida a través del recuerdo y reconocimiento incidental) con los **sesgos atencionales** y los **modelos de auto-representación** (**hipótesis 3.2.**).

4) Desarrollar un modelo de **predicción de sintomatología depresiva** en función de sesgos atencionales, modelos de auto-representación y vulnerabilidad cognitiva.

5) Comprobar la correlación del **estrés percibido** con la vulnerabilidad cognitiva (sociotropía/autonomía) y la sintomatología depresiva.

4. ESTUDIO 1: SESGOS ATENCIONALES EN DEPRESIÓN Y VULNERABILIDAD COGNITIVA

El estudio 1 se centró exclusivamente en la relación entre depresión, riesgo depresivo, vulnerabilidad cognitiva y procesos atencionales (objetivo 1), pretendiendo comprobar la existencia de un sesgo específico en el procesamiento atencional de estímulos emocionales que no pudiera ser atribuido exclusivamente a una disminución general de los recursos cognitivos en personas con: (a) estado depresivo actualmente (hipótesis 1.1.), (b) personas con historia pasada de episodios depresivos (hipótesis 1.2.) y (c) personas con elevadas actitudes disfuncionales (hipótesis 1.3.).

Con este fin se diseñó una tarea experimental de seguimiento o sombreado dentro del paradigma de escucha dicótica añadiendo una tarea visual concurrente. La introducción de una tarea visual secundaria se realizó con el objetivo de generar un aumento de la demanda o carga atencional y disponer de una medida implícita del rendimiento atencional (tiempo de respuesta) menos susceptible del control voluntario del participante y, por tanto, de las estrategias compensatorias frente a la distracción.

Se empleó material estimular relevante seleccionando adjetivos previamente valorados en su contenido, frecuencia y valencia (neutros, positivos y negativos), específicamente relacionados con la depresión (Jiménez, Vázquez y Hernangómez, 1998).

Con el objetivo de disponer de un tamaño de muestra elevado, la investigación se realizó con estudiantes universitarios (mayor disponibilidad de muestra). Se emplearon como estrategias de evaluación la sección de Trastornos del estado de ánimo de la entrevista estructurada C-DIS-III-R (Marcus, Robins y Bucholz, 1990) junto al inventario de depresión de Beck (BDI-IA, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). A éstas se añadió la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS-A, Weissman, 1979) en su

versión de 21 ítems (escalas de logro y dependencia) como medida de vulnerabilidad cognitiva a la depresión (Sanz y Vázquez, 1993). Además, se empleó simultáneamente una medida de sintomatología ansiosa (Inventario de Ansiedad de Beck, BAI, Beck, Epstein Brown y Steer, 1988), con el fin de facilitar el control estadístico de esta variable, por su clara influencia en el análisis del procesamiento de la información y su elevada comorbilidad con la depresión.

4.1. Método

Participantes:

La muestra estuvo compuesta por 115 participantes voluntarios (99 mujeres y 16 hombres) estudiantes de 3º de Psicología en la Universidad Complutense de Madrid, cuyas edades estaban comprendidas entre 20 y 27 años, siendo la media de 21,1 años (desviación típica = 1,32). Todos los participantes completaron individualmente la entrevista estructurada C-DIS-III-R (sección episodio depresivo mayor) mediante ordenador y un cuadernillo (ver anexo 1) que incluía el Inventario de Depresión de Beck (BDI, Beck et al, 1979), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck et al, 1988) y la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS, Weissman, 1979).

Materiales:

- **Entrevista y Cuestionarios**

- **Entrevista estructurada por ordenador** National Institute of Mental Health-Diagnostic Interview Schedule (versión III-R), Computerized Version (**C-DIS-III-R**) (Marcus et al., 1990) para evaluar episodio depresivo mayor vital y/o en el último año. Consiste en la presentación de una serie de preguntas que constituyen los criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor según el manual DSM-III-R (APA, 1987). Debe recordarse que el episodio depresivo mayor ha experimentado relativamente pocos cambios desde que se formuló por primera vez a principios de los años setenta (First, Frances y

Pincus, 2004) y concretamente las modificaciones realizadas en las versiones DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2000) no afectan al listado de síntomas considerados propios del episodio.

- **Inventario de Depresión de Beck** en su primera versión revisada (BDI-IA, Beck et al., 1979), traducido por Vázquez y adaptado a población universitaria por Sanz y Vázquez (1998), para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Este inventario autoaplicado consiste en 21 ítems, todos ellos relacionados con síntomas de la depresión, que el participante debe valorar de 0 a 3 eligiendo una frase, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas por su gravedad, que mejor se ajuste a su estado medio durante la última semana, incluyendo el día en que completa el inventario. La puntuación total resultante tiene un rango entre 0 y 63. En este estudio se empleó como punto de corte una puntuación de igual o mayor de 10 por ser el criterio de clasificación más utilizado y recomendado por los especialistas en el área de la depresión en esta versión (Kendall, Hollon, Beck, Hammen e Ingram, 1987) y, además, coincidir de forma aproximada con el valor que representa entre los universitarios españoles una desviación típica por encima de la media (Sanz, 1997; Sanz y Vázquez, 1998).

Las razones para elegir el BDI como instrumento de medida de la depresión fueron: (1) su frecuencia de utilización tanto en clínica como en investigación (Vázquez y Sanz, 1999); (2) su sencillez y brevedad; (3) su traducción y adaptación al castellano, con datos tanto en población universitaria (Sanz y Vázquez, 1998) como en población general (Vázquez y Sanz, 1997) y población clínica (Vázquez y Sanz, 1999); (4) sus cifras de fiabilidad tanto en términos de consistencia interna ($\alpha = 0.83$) como de estabilidad temporal (entre 0.60 y 0.72); (5) su razonable validez de contenido en relación a los criterios diagnósticos actuales de episodio depresivo mayor (DSM-IV-TR); (6) sus adecuados índices de validez convergente (0,68-0,89); (7) su aceptable validez discriminante respecto a la ansiedad, considerando que las medidas que

contienen alta proporción de ítems cognitivos específicos de depresión muestran mejor validez discriminante que medidas con pocos ítems cognitivos (Clark et al., 1999).

- **Inventario de Ansiedad de Beck** (BAI, Beck et al., 1988), para la valoración de síntomas ansiosos. Este inventario autoaplicado consiste en una serie de 21 ítems, que el sujeto debe valorar en una escala de 0 a 3, donde se evalúa predominantemente sintomatología somática relacionada con la ansiedad. El rango total se sitúa entre 0 y 63. Para utilizarlo como covariable (control estadístico) se utilizaron las puntuaciones directas obtenidas por los participantes.

La elección de emplear el BAI como instrumento de evaluación de la ansiedad ha estado basada en: (a) su facilidad de aplicación; (b) fue desarrollado con el principal objetivo de discriminar de manera fiable la ansiedad y la depresión, tarea fundamental en esta investigación (validez discriminante de 0,25 con respecto a la Escala de valoración psiquiátrica de la depresión de Hamilton); (c) evalúa exhaustivamente la hiperactivación fisiológica, componente diferencial de la ansiedad y la depresión según el modelo de Clark y Watson (1991); (d) adecuado coeficiente alfa de consistencia interna (0,92); (e) coeficiente de validez convergente satisfactorio (0,51 con la escala de ansiedad de Hamilton) (Fydrich, Dowdall y Chambless, 1992).

- **Escala de Actitudes Disfuncionales** (Dysfunctional Attitudes Scale, DAS, Weissman, 1979), para medir vulnerabilidad cognitiva a la depresión, en su versión española (Sanz y Vázquez, 1993) de 21 ítems. La escala DAS (en su forma A, la más utilizada) consiste en 40 ítems que expresan actitudes o creencias hacia las que el sujeto muestra su conformidad o disconformidad en una escala Likert de 7 puntos, desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”. De estos ítems sólo se incluyeron los pertenecientes a las escalas de logro (13 ítems) y dependencia (8 ítems), lo que sumó un conjunto de 21 ítems. Se emplearon como puntos de corte las medianas correspondientes a la muestra en cada escala.

- **Estímulos experimentales:**

- ***Estímulos auditivos:*** Se emplearon series de palabras diferentes para cada oído, que el participante escuchaba simultáneamente, de los cuales sólo debía repetir las del oído derecho. Fueron tomadas del listado de adjetivos específicamente relacionados con la depresión, valorados en frecuencia y emocionalidad por Jiménez et al. (1998); su valencia era neutra en el “canal atendido”, y neutra (línea base), positiva o negativa (tarea experimental) en el “canal no atendido”. Ya que el objetivo de la investigación pretendía encontrar efectos asociados a la autorreferencia, el género de los adjetivos era diferente según el sexo del sujeto que realizaba la tarea. Para la grabación digitalizada de las series de adjetivos se empleó el programa MacRecorder con entrada estéreo de 16 bits. Para su manipulación (haciendo el inicio y final de los pares de palabras estrictamente simultáneos) y presentación (por parejas) a volumen 75 dB y se utilizó el Programa SoundEdit 2.0.5.

- ***Estímulos visuales:*** Se emplearon figuras que se presentaban aleatoriamente en la pantalla (promedio: cada 5 pares de palabras) a la vez que el participante realizaba la tarea de seguimiento de escucha dicótica. Esta figura consistía en el dibujo simbólico de una “cara” circular alegre, neutra o triste (semejante a las empleadas en los niveles 2, 4 y 6 de la conocida escala de Andrews y Whitey, 1976) de un diámetro aproximado de 3 centímetros (ver anexo 2). Para la realización de los estímulos visuales se empleó el programa MacDraw II. El sujeto debía responder ante este apretando una tecla (espaciador), quedando registrado el tiempo de reacción. Para la sincronización en la presentación de estímulos visuales y auditivos y la medida de los tiempos de reacción se usó el programa SuperLab 1.71. La tarea experimental fue presentada a través de un ordenador Macintosh SE/30.

Diseño experimental

- ***Variables Independientes:***

(1) **Estado depresivo actual**, basado en puntuaciones en BDI, con valores: sin depresión (puntuación de 0 a 9) y deprimido (puntuación de 10 a 63).

(2) **Factor de riesgo de depresión: Historia de episodio depresivo mayor**, con valores: sin historia y con historia de episodio depresivo mayor.

(3) **Vulnerabilidad cognitiva a la depresión: Actitudes disfuncionales**: con 4 valores en función de la combinación de alto/bajo en actitudes de dependencia (con valores en función de mediana (33 en ambas dimensiones): “bajo en actitudes disfuncionales de dependencia”: <33 y “alto en actitudes disfuncionales de dependencia”: ≥33) y alto/bajo en actitudes de logro (con valores en función de mediana: “bajo en actitudes disfuncionales de logro”: <33) y “alto en actitudes disfuncionales de logro”: ≥33). Se decidió partir de la combinación de ambas escalas por dos tipos de argumentos: a nivel teórico, facilitar el estudio de la combinación de ambas variables de forma diferenciada, dado que algunos autores sugieren que puede constituir un grupo más vulnerable (p.ej. Butler, 1993); a nivel metodológico, se pretendía evitar el artificio de introducir dos variables relacionadas ($r=0,55$; $p<0,001$) y, además, dicotomizadas en el mismo diseño dado que podía generar efectos estadísticos indeseados (pérdida de tamaño del efecto y de potencia estadística y aparición de efectos principales y de interacción espurios como significativos) (MacCallum, Zhang, Preacher y Rucker, 2002). Los cuatro valores resultantes por tanto fueron:

(a) patrón ***adaptativo*** (n=38): caracterizado por puntuación inferior a la mediana tanto en Dependencia como en Logro.

(b) patrón ***Dependencia*** (n=16): caracterizado por puntuación superior o igual a la mediana en Dependencia, pero inferior a la mediana en Logro.

(c) patrón ***Logro*** (n=19): caracterizado por puntuación superior o igual a la mediana en Logro, pero inferior a la mediana en Dependencia.

(d) patrón *mixto* (n=42): caracterizado por puntuación superior a la mediana tanto en Logro como en Dependencia.

(4) **Valencia emocional** de las palabras no atendidas (oído izquierdo) en la tarea de escucha dicótica, con valores: (a) positivo; (b) negativo¹¹.

- **Variable Dependiente:** Rendimiento atencional en dos tareas concurrentes, medido a través de:
 - proporción total de errores (omisiones, intrusiones y creaciones) en la tarea de escucha dicótica: suma del número de omisiones, intrusiones y creaciones que comete el participante dividida entre el número de adjetivos en la condición correspondiente;
 - tiempo de reacción ante los estímulos de la tarea secundaria, registrado en milisegundos¹².
- **Covariables:**
 - Sintomatología ansiosa, medida mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck et al, 1988).
 - En los análisis en los que el estado depresivo actual no era variable independiente, la sintomatología depresiva medida a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI, Beck et al, 1979) se incluyó como covariable.
 - En los análisis en los que las actitudes disfuncionales no constituían variable independiente, fueron introducidas como covariable, empleando su medida a través de la escala de Actitudes Disfuncionales (DAS, Weissman, 1979).

¹¹ La tarea previa realizada por todos los sujetos con valencia neutra en el canal no atendido se analizó de forma separada dado que suponía diferentes condiciones, no comparables con las valencias positiva y negativa (menor efecto de práctica, sin tarea visual concurrente).

¹² Como medida del rendimiento atencional en la tarea visual (secundaria) se analizó también el número de omisiones ante los estímulos (número de ocasiones en las que el sujeto no emite la respuesta de pulsar la tecla ante la aparición del estímulo visual en la pantalla), sin encontrar ningún resultado significativo, por lo que se suprimió en los análisis finales.

- Se midieron y analizaron las diferencias asociadas a variables de género, lateralidad informada y condición de contrabalanceo.

- ***Diseño Experimental :***

Línea base: Con el fin de comprobar que los posibles déficit en la tarea de escucha dicótica no se debían exclusivamente a una disminución general de los recursos cognitivos asociados a un estado de ánimo deprimido, todos los participantes realizaron un primer seguimiento sin tarea visual concurrente ni variaciones en la valencia (todos los estímulos eran de valencia neutra). Los datos de esta línea base se ajustaron por tanto a tres diseños unifactoriales intergrupo, en los que la variable dependiente era siempre el rendimiento atencional en la tarea de seguimiento de escucha dicótica (medida a través de la proporción de errores) y las variables independientes eran (1) Estado depresivo actual; (2) Historia de episodio depresivo mayor; y (3) Actitudes disfuncionales.

Tarea experimental: Con el fin de contrastar la relación entre procesos atencionales y depresión (estado depresivo actual, riesgo de depresión y vulnerabilidad cognitiva a la depresión), el desarrollo de la tarea experimental se configuró según dos diseños factoriales mixtos en los que la variable dependiente siempre era el rendimiento atencional):

- (a) Diseño **2x2x2**, con medidas repetidas en el tercer factor (***Estado depresivo actual x Historia de Episodio Depresivo x Valencia***), controlando como covariable la sintomatología ansiosa);
- (b) Diseño **2x4x2**, con medidas repetidas en el tercer factor (***Historia de Episodio Depresivo x Actitudes Disfuncionales x Valencia***), controlando la sintomatología depresiva y ansiosa en el momento actual como covariables.

Procedimiento

Cada participante fue evaluado individualmente en la misma cabina experimental, con aislamiento acústico. La información inicial e instrucciones fueron las mismas para todos los participantes (ver anexo 2), siendo leídas por un experimentador previamente entrenado. Al entrar en la cabina se le recibía con una breve presentación, se recogían unos primeros datos básicos mediante preguntas estructuradas (presencia de deficiencias auditivas o visuales conocidas, edad, lateralidad informada, sexo) y se le asignaba un código asegurándole en todo momento la confidencialidad de los datos. A continuación, se le solicitaba que completara los cuestionarios. Una vez terminados los cuestionarios, en formato autoadministrado, el participante se sentaba frente a un ordenador y respondía a las preguntas que aparecían en la pantalla (entrevista estructurada para evaluar episodio depresivo mayor en el pasado). Después de esto, se situaba frente a otro ordenador y se ajustaba unos auriculares con el fin de realizar la tarea experimental. Antes de comenzar la tarea, se llevaba a cabo una prueba con tres pares de palabras (adjetivos neutros) para asegurarse de que el sujeto escuchaba correctamente y comprendía en qué consistía una tarea de seguimiento de palabras en escucha dicótica.

La tarea experimental consistió en una tarea de atención forzada, seguimiento o sombreado (*shadowing*) en escucha dicótica: ante la presentación de forma simultánea de pares de palabras diferentes en cada oído, el participante debe repetir en voz alta sólo las que se presentan por uno de los canales auditivos (derecho) mientras ignora las palabras presentadas por el otro canal (izquierdo). Con el fin de evitar el efecto techo y siguiendo los resultados de Mondor y Bryden (1991, 1992), la ratio de presentación de palabras se realizó con un intervalo interestimular de 450 milisegundos. Esta tarea se presentó dividida en dos partes (ver anexo 3):

- La primera (línea base) incluía únicamente palabras neutras en los dos canales; la componía un listado de 45 pares de adjetivos neutros que se repetía dos veces, secuencialmente (total: 90 palabras / canal).

- La segunda parte consistía en una tarea de seguimiento similar a la anterior en la que las palabras del canal atendido eran igualmente de valencia emocional neutra mientras que las del canal no atendido tenían una valencia positiva o negativa. Cada condición de la variable “valencia emocional del canal no atendido” (positiva/negativa) constaba de una lista de 45 pares de palabras que se presentaba dos veces, realizándose una equiponderación intersujetos total con el fin de controlar el error progresivo. De este modo, todos los participantes pasaban por todas las condiciones en diferente orden. Cada sujeto fue asignado a una condición de contrabalanceo aleatoriamente.

En la tabla 3 se sintetiza el desarrollo de las condiciones de la tarea de seguimiento.

Tabla 3. Desarrollo de tarea de seguimiento (sombreado) del Estudio 1.

	Número de estímulos	Grupo 1 (equiponderación)		Grupo 2 (equiponderación)		Objetivo a valorar
		Valencia de estímulos O.I.	Valencia de estímulos O.D.	Valencia de estímulos O.I.	Valencia de estímulos O.D.	
Línea Base	90 pares de palabras	Neutra (45 x 2)	Neutra (45 x 2)	Neutra (45 x 2)	Neutra (45 x 2)	Déficit atencional general
T.seguimiento con tarea visual concurrente	180 pares de palabras	Positiva (45)	Neutra (45)	Negativa (45)	Neutra (45)	Déficit atencional específico
		Positiva (45)	Neutra (45)	Negativa (45)	Neutra (45)	
		Negativa (45)	Neutra (45)	Positiva (45)	Neutra (45)	
		Negativa (45)	Neutra (45)	Positiva (45)	Neutra (45)	

O.I: oído izquierdo (no atendido); O.D: oído derecho (atendido).

Paralelamente a esta tarea de escucha dicótica, los participantes debían realizar una tarea secundaria que consistía en pulsar una tecla (espaciador) cada vez que apareciera cualquier círculo (representando una cara alegre, neutra o triste¹³) en la pantalla del ordenador. Este estímulo visual se presentaba de un modo aleatorio estable (promedio: cada 5 pares de palabras) al mismo tiempo que el participante escuchaba un par de palabras.

¹³ Esta variable fue introducida con carácter exploratorio y no se encontraron efectos significativos asociados a ella, por lo que fue excluida en el análisis final.

4.2. Resultados

4.2.1. Descriptivos

Se comprobó que no existían diferencias significativas en función de lateralidad informada (diestros vs. zurdos/ambidiestros) o de las condiciones de contrabalanceo. En relación al género, la única diferencia significativa se manifestó en las actitudes disfuncionales de logro, mostrando puntuaciones más elevadas los varones (ver tablas 4 y 5).

Tabla 4. Diferencias de medias según sexo, lateralidad y condición de contrabalanceo.

Variable Independiente	Variables Dependientes	Estadístico de Contraste
Sexo	BDI	t (113)= -0,249
	BAI	t (113)= 1,031
	DAS-Logro	t (113)= 3,102**
	DAS-Dependencia	t (113)=0,054
	Errores en Línea Base (proporción)	t (113)= -1,136
	Errores en Tarea experimental (proporción corregida)	t (113)= 0,811
	Tiempo de Reacción en tarea de carga	t (113)=-0,799
	Omisiones en tarea de carga	t (113)=0,668
Lateralidad	BDI	U = 351,500
	BAI	U = 362,500
	DAS-Logro	U = 364,000
	DAS-Dependencia	U = 372,000
	Errores en Línea Base (proporción)	U = 260,500
	Errores en Tarea experimental (proporción corregida)	U = 276,000
	Tiempo de Reacción tarea de carga	U = 322,000
	Omisiones en tarea de carga	U = 381,500
Condición de contrabalanceo	BDI	t (113)= -1,372
	BAI	t (113)= -0,393
	DAS-Logro	t (113)= -0,753
	DAS-Dependencia	t (113)=-0,404
	Errores en Línea Base (proporción)	t (113)=-0,013
	Errores en Tarea experimental (proporción corregida)	t (113)=-0,852
	Tiempo de Reacción tarea de carga	t (113)=-1,266
	Omisiones en tarea de carga	t (113)=-0,145

*: p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

BDI: puntuación en Inventario de Depresión de Beck; BAI: puntuación en Inventario de Ansiedad de Beck; DAS-Logro: puntuación en escala de Actitudes Disfuncionales-Logro; DAS-Dependencia: puntuación en escala de Actitudes Disfuncionales-Dependencia

Tabla 5. Diferencia de medias en Actitudes Disfuncionales de Logro en función del Género

Género	Hombres	Mujeres
nº de sujetos	16	99
Media en DAS-Logro (Desviación típica)	42,81 (10,81)	33,05 (11,81)

DAS-Logro: puntuación en escala de Actitudes Disfuncionales-Logro

De los 115 participantes que realizaron el experimento (99 mujeres y 16 hombres), un 26,08% (n= 30) refería haber atravesado un episodio depresivo mayor a lo largo de su vida (17 el último año). Como puede observarse en la tabla 6, aquellos que referían haber atravesado algún episodio depresivo en el pasado se diferenciaban significativamente en sintomatología depresiva, ansiosa y actitudes disfuncionales de logro.

Tabla 6. Diferencia de medias en sintomatología depresiva, ansiosa y actitudes disfuncionales de logro y dependencia en función de la presencia de historia previa de episodios depresivos.

Historia de episodio depresivo	NO	SI	t
nº de sujetos	85	30	
Media en BDI (Desviación típica)	4,8 (3,9)	9,7 (8,3)	t (33,6)= -3,145**
Media en BAI (Desviación típica)	9,24 (6,4)	14,7 (11,6)	t (35,5)= -2,471*
Media en DAS-L (Desviación típica)	32,6 (10,5)	39,6 (14,8)	t (39,8)= -2,393*
Media en DAS-D (Desviación típica)	31,5 (7,1)	32,9 (8,5)	t (113)= -0,872 (n.s.)

*: p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001; n.s: no significativo

BDI: puntuación en Inventario de Depresión de Beck; BAI: puntuación en Inventario de Ansiedad de Beck; DAS-Logro: puntuación en escala de Actitudes Disfuncionales-Logro; DAS-Dependencia: puntuación en escala de Actitudes Disfuncionales-Dependencia

Se constataron correlaciones significativas entre todas las medidas de cuestionario (ver tabla 7).

Tabla 7. Correlaciones Pearson entre las medidas de cuestionarios.

	BDI	BAI	DAS-Logro	DAS-Dependencia
BDI	1	0,629**	0,531**	0,315**
BAI		1	0,541**	0,355**
DAS-L			1	0,550**
DAS-Dep.				1

*: $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$; n.s: no significativo

BDI: puntuación en Inventario de Depresión de Beck; BAI: puntuación en Inventario de Ansiedad de Beck;

DAS-Logro: puntuación en escala de Actitudes Disfuncionales-Logro; DAS-Dependencia: puntuación en escala de Actitudes Disfuncionales-Dependencia

Respecto a la valencia y frecuencia de los adjetivos empleados, las palabras neutras empleadas para las diferentes condiciones (línea base, “canal no atendido positivo” y “canal no atendido negativo”) no diferían significativamente ni en valencia emocional (0,58 de media en ambos, en un rango de -10 a +10) ni en frecuencia subjetiva de uso (4,7 de media en ambos casos, en un rango de 0 a 10). De igual modo, las palabras empleadas en el canal no atendido (positivas y negativas) no diferían en el valor absoluto de su valencia emocional (6,96 en las positivas versus 6,90 en las negativas), aunque sí en su frecuencia subjetiva de uso ($t = 6,027$; $p < 0,001$) (ver tabla 8). De forma consistente, las palabras positivas presentan una mayor frecuencia subjetiva de uso que no pudo ser equilibrada.

Tabla 8. Datos descriptivos de los adjetivos empleados en la tarea experimental.

	Palabras neutras (canal no atendido positivo)	Palabras neutras (canal no atendido negativo)	Palabras positivas	Palabras negativas
Valencia emocional media (desviación típica)	0,58 (1,14)	0,58 (1,11)	6,96 (0,94)	- 6,90 (1,06)
Frecuencia subjetiva media (desviación típica)	4,75 (1,70)	4,76 (1,71)	5,44 (1,42)	3,69 (1,32)

4.2.2. Línea Base

Se comprobó que ni el estado depresivo actual ni la ansiedad ni las actitudes disfuncionales mantenían una relación lineal significativa con el rendimiento atencional en la línea base (todas las correlaciones mantenían un nivel de significación superior a 0,05).

Tampoco la historia de episodio depresivo determinó diferencias significativas entre previamente deprimidos y nunca deprimidos en el rendimiento atencional con estímulos neutros en el canal no atendido (Historia de episodio depresivo: $t(113) = -1,015$; $p > 0,05$; Episodio depresivo en el último año: $t(18,69) = -1,392$; $p > 0,05$).

A pesar de lo anterior, con el fin de controlar más estrechamente las diferencias individuales en la variable dependiente y conseguir una mayor precisión de medida, todas las puntuaciones de la tarea experimental fueron corregidas por la línea base (restando a cada sujeto la proporción de sus errores cometidos en la línea base).

4.2.3. Tarea Experimental

Se realizaron dos análisis de covarianza (ANCOVA) mixtos (factor intragrupo: Valencia emocional) multivariados (aplicados a las dos medidas de la variable dependiente “rendimiento atencional”):

- *2x2x2 (Estado depresivo actual x Historia de Episodio Depresivo x Valencia)*
- *2x4x2 (Historia de Episodio Depresivo x Actitudes Disfuncionales x Valencia)*

En ambos casos se controló como covariable la ansiedad, además de la sintomatología depresiva o las actitudes disfuncionales en el caso en que no constituyeran una variable independiente en el diseño. Sin embargo, la única covariable que resultó ser significativa fue la sintomatología depresiva, excluyéndose el resto de covariables del análisis final.

Los resultados significativos de los análisis de varianza y covarianza se muestran en la tabla 9.

Tabla 9. Resultados significativos en los análisis de varianza y covarianza realizados.

Medida de la Variable Dependiente	Factores de clasificación	
	Estado depresivo actual x Hª de Epis. depresivo	Hª de Epis. depresivo x Actitudes disfuncionales (4)
	<i>MANOVA</i>	<i>ANCOVA</i> <i>Covariables: BDI</i>
MULTIVARIADO	Valencia (F (2,110)=43,6) ***	Valencia (F (2,105)=19,9)*** Valencia x Hª de E. depresivo x Actitudes disfuncionales (F3,106=2,7) *
Proporción de errores en seguimiento	Valencia (F (1,111)=86,8)*** Valencia x Hª de E. depresivo x Estado depresivo actual (F 1,111=5,05) *	Valencia (F (1,106)=37,4) ***
Tiempo de Reacción en tarea secundaria	Hª de E. depresivo (F (1,111)=4,3) *	Valencia x Hª de E. depresivo x Actitudes disfuncionales (F(3,106)=2,7) *

*: p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001; n.s: no significativo

BDI: puntuación en Inventario de Depresión de Beck; BAI: puntuación en Inventario de Ansiedad de Beck

El factor intragrupo en todos los casos fue la Valencia emocional de los estímulos.

A continuación, con el fin de facilitar la integración de resultados, se describen los resultados significativos por variables independientes.

Efectos de la Valencia emocional de los estímulos

La variable *Valencia emocional de los estímulos* mostró efectos significativos a nivel multivariado en todos los análisis: todos los participantes cometían una mayor proporción de errores y tardaban más tiempo en responder a la tarea secundaria cuando escuchaban por el canal no atendido palabras de contenido negativo ($\eta^2=5\%$).

Efectos de la Historia de Episodio Depresivo Mayor

La Historia de episodios depresivos manifestó un efecto significativo a nivel univariado sobre el **tiempo de reacción en la tarea secundaria** (F (1,111) = 4,3; p<0,05) (η^2 parcial=3,7%), de modo que tardaban más tiempo en responder ante los estímulos visuales (*iconos faciales sonrientes, tristes, neutros*) aquéllos con historia de episodio depresivo.

Cuando se introducía la variable “actitudes disfuncionales” como variable independiente, se manifestó una interacción significativa entre Historia de Episodio depresivo, Actitudes disfuncionales y Valencia sobre la misma medida (tiempo de reacción en la tarea secundaria) ($F(3,106) = 2,72$; $p < 0,05$; η^2 parcial = 7,1%). Analizando los efectos simples, se observó que las diferencias producidas por la Historia de episodio depresivo eran mayores en las personas con elevadas actitudes disfuncionales de logro ante estímulos positivos (canal no atendido) (prueba post hoc de efectos simples de Historia de Episodio depresivo en nivel valencia positiva y actitudes disfuncionales de Logro: $F_{1,106} = 9,7$; $p < 0,01$; η^2 parcial = 8,4%) (ver gráfico 1c).

Gráfico 1. Tiempo de Reacción en tarea secundaria en función de Valencia emocional del estímulo, Historia de Episodio Depresivo y Actitudes Disfuncionales (controlado Estado depresivo actual)

Gráfico 1a.

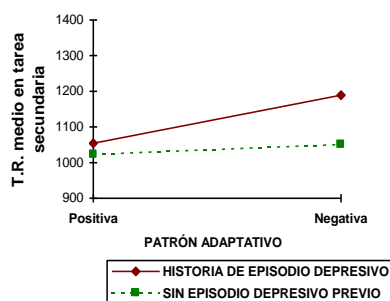


Gráfico 1b.

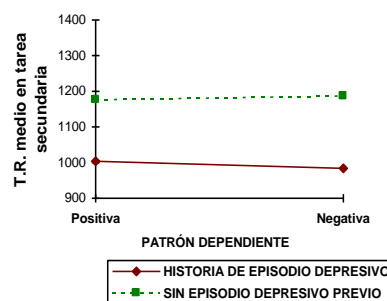


Gráfico 1c.

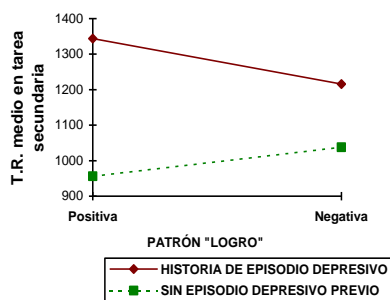
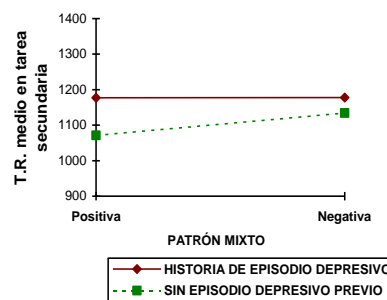
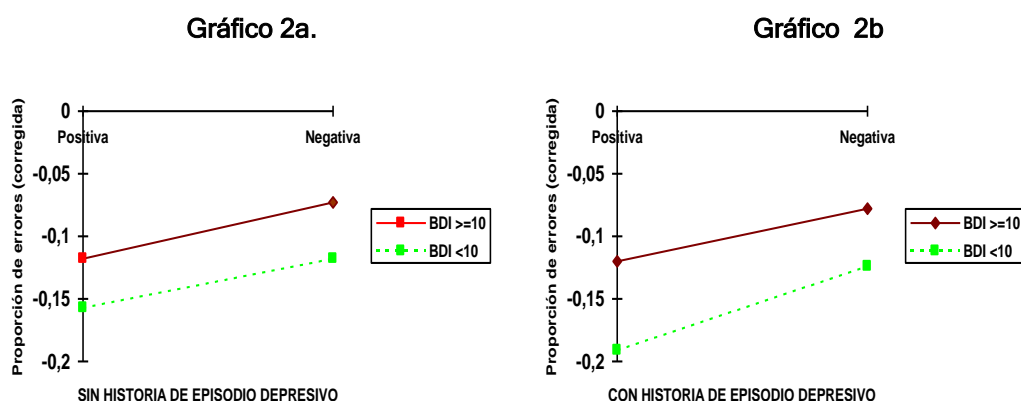


Gráfico 1d.



Considerando el rendimiento atencional a través de la **proporción de errores en seguimiento** (corregidos por línea base), se manifestó una interacción significativa entre Historia de Episodio depresivo, Estado depresivo actual y Valencia ($F(1,111) = 5,05$; $p < 0,05$) (η^2 parcial) = 4,4%), de modo que ante los estímulos de valencia positiva, cometían significativamente menos errores las personas con historia previa de episodios depresivos y estado depresivo actual por debajo del punto de corte (Efectos simples de Valencia en niveles historia previa de episodio depresivo y estado depresivo actual por debajo del punto de corte: $F(1,111) = 3,3$; $p < 0,1$) (ver gráfico 2).

Gráfico 2. Proporción media de errores (corregida por la línea base) en función de la Valencia emocional del estímulo, la Historia de Episodios depresivos y el Estado depresivo actual.



Predicción del riesgo depresivo: análisis discriminante

Con el fin de identificar las características que diferencian a las personas en riesgo (con historia de episodio depresivo mayor), se efectuó un análisis discriminante. Se incluyeron como variables discriminantes las medidas de vulnerabilidad cognitiva (Actitudes disfuncionales de Logro y de Dependencia) y de rendimiento en la tarea experimental (proporción de errores y tiempos de reacción en las condiciones positiva y negativa). Se empleó el método de inclusión por pasos ya que permite obtener

estadísticos referidos a la significación individual de cada variable introducida en la función discriminante¹⁴.

Las variables que contribuyeron a discriminar significativamente entre los grupos (con y sin historia de episodio depresivo mayor) fueron, en primer lugar, la proporción de errores en la condición negativa y, en segundo lugar, la puntuación en la escala de Actitudes Disfuncionales de Logro (ver tabla 10). La función discriminante resultante a partir de las variables seleccionadas resultaba significativa ($\chi^2_2=15,75$; $p<0,001$) y explicaba un porcentaje de varianza de 13,1% ($\lambda=0,869$).

Tabla 10. Variables introducidas en el Análisis discriminante de Historia previa de depresión en función del rendimiento en tareas experimentales y medidas de vulnerabilidad cognitiva (DAS).

Paso	Variable introducida	Coeficiente estandarizado	Lambda de Wilks	F	p
1	Proporción de errores de seguimiento en condición negativa	0,733	0,923	$F_{1,113} = 9,46$	$p<0,01$
2	Actitudes disfuncionales de Logro	0,667	0,869	$F_{2,112} = 8,45$	$p<0,001$

F parcial mínima de entrada= 3.84. F parcial máxima de salida = 2.71. Número máximo de pasos=12

La historia previa de episodios depresivos obtuvo un centroide positivo (0,648), lo que significa que las personas con historia previa de depresión tenderán a obtener una puntuación positiva en la función discriminante, mientras que las personas sin riesgo tenderán a obtener puntuaciones negativas (centroide del grupo sin historia previa: -0,229). La interpretación de los coeficientes estandarizados de cada predictor apuntaría a concluir que las personas con **alto riesgo de depresión** se caracterizan por cometer **más errores** de seguimiento en la tarea de escucha dicótica mientras escuchan palabras **negativas** en el canal no atendido y manifestar **más actitudes disfuncionales de Logro** que la media.

¹⁴ La selección de variables se llevó a cabo utilizando el estadístico λ de Wilks, con un criterio de entrada de $F=3,34$ y un criterio de salida de $F=2,71$. El estadístico λ de Wilks expresa la proporción de variabilidad total no debida a las diferencias entre los grupos: valores próximos a 1 indican gran parecido entre los grupos mientras que los valores próximos a 0 indican gran diferencia entre ellos ($\lambda + \eta^2=1$).

4.3. Discusión de resultados

En líneas generales, los resultados del estudio 1 descartan un déficit atencional general asociado a vulnerabilidad a la depresión o sintomatología depresiva (ausencia de diferencias en línea base) y apuntan a un patrón diferencial de sesgos atencionales hacia información emocional en personas *vulnerables* por haber padecido en el pasado un episodio depresivo mayor y/o presentar elevadas actitudes disfuncionales de Logro. El efecto de la sintomatología depresiva actual sólo se observa en interacción con otras variables y la sintomatología ansiosa, en contra de lo esperado, no manifiesta una influencia significativa sobre el rendimiento atencional. Tampoco se encuentran resultados significativos asociados a las actitudes disfuncionales de dependencia.

Todos los participantes cometen *más errores* en el seguimiento de la escucha dicótica cuando las palabras no atendidas son de *valencia negativa*. Ello apunta a que, a pesar de la exigencia de la tarea, puede existir un procesamiento semántico de los estímulos no atendidos que afecta al rendimiento. Sin embargo, el deterioro ante los estímulos de valencia negativa no puede asociarse con seguridad a la emocionalidad dado que la variable valencia se confunde con la frecuencia subjetiva de uso: si bien se consiguió igualar la emocionalidad media de adjetivos positivos y negativos, no ocurrió así con la frecuencia subjetiva de uso de los mismos, que era significativamente menor en el caso de los adjetivos negativos, y palabras de baja frecuencia no atendidas son mejor reconocidas en tareas de escucha dicótica (Ortells, 1982). Otra posible explicación para el sesgo de todos los participantes hacia material negativo es la agrupación de las palabras negativas en *cluster* semánticos más coherentes o cerrados que los listados de palabras positivas, dado que hay datos que apuntan a la existencia de un sesgo atencional a favor de las palabras más "aglutinadas" en grupos (Sanz, 1995).

En las personas con historia previa de episodios depresivos, se observan diferentes patrones de respuesta en las dos medidas de rendimiento atencional, de modo que cuando en el canal no atendido se exponen palabras positivas:

- en la medida *explícita* de rendimiento atencional (proporción de errores en el seguimiento de las palabras) se observan *menos errores (efecto de facilitación)* si no existe un estado depresivo en la actualidad;
- en la medida *implícita* de rendimiento (tiempo de reacción en tarea secundaria) se observa *mayor tiempo de reacción (efecto de interferencia o deterioro)*.

Una explicación para esta discrepancia puede encontrarse precisamente en el carácter explícito o implícito de las medidas y el nivel de control que puede tener el participante sobre ellas: mientras que es consciente de los errores que comete en la tarea de seguimiento, no lo es de sus tiempos de reacción. Habitualmente, los individuos emplean estrategias compensatorias para contrarrestar su tendencia a atender a estímulos emocionales relevantes, lo que puede impedir la detección de sesgos atencionales (Wenzlaff et al, 2001). En la medida en que nos aproximamos a variables no susceptibles de control, nos acercamos a medidas implícitas más sensibles para detectar esquemas depresivos subyacentes (Vázquez, Díez-Alegría, Hernández-Lloreda y Nieto, 2008), por lo que el aumento de los tiempos de reacción posiblemente responda a un mayor esfuerzo cognitivo para desengancharse de la interferencia producida por el canal no atendido. La explicación del efecto de facilitación observado en el menor número de errores del seguimiento entre las personas con historia previa de depresión pero sin sintomatología depresiva activa puede encontrarse precisamente en las estrategias compensatorias que redoblan el esfuerzo de mantener la atención en el canal atendido ante la interpretación de amenaza ante los estímulos del canal no atendido (dado que están específicamente relacionados con depresión).

Las elevadas actitudes disfuncionales de logro aumentan el sesgo atencional de interferencia (mayor tiempo de reacción) presente en personas con historia de episodio depresivo ante estímulos positivos. Entre las palabras contenidas en el listado de estímulos positivos, se encuentran adjetivos estrechamente relacionados con las actitudes disfuncionales de logro (hábil, competente, emprendedor, capaz, triunfador...) lo que podría contribuir a explicar este sesgo. Además, la relación negativa de la Autonomía con el afecto positivo (Jolly, Dyck, Kramer y Wherry, 1996) podría hacer que estas palabras resultaran menos frecuentes para este subgrupo y, por tanto, facilitaran su reconocimiento y elaboración.

La interacción entre historia de episodio depresivo previo y actitudes disfuncionales de logro puede estar en cualquier caso sesgada por la relación entre estas dos variables: las personas con historia previa de depresión mostraron actitudes disfuncionales de logro con una mayor intensidad, no así las actitudes de dependencia. No se confirmó que el grupo con elevadas actitudes disfuncionales en ambos tipos de actitudes (logro y dependencia) fuera el grupo más vulnerable, como se había encontrado en otros estudios (p.ej. Butler, 1993). El sesgo de género presente en la muestra podría contribuir a explicar esta ausencia de resultados: dado que se ha demostrado que las actitudes disfuncionales de logro son más frecuentes en hombres (p.ej. Gorski y Young, 2002) y las de dependencia en mujeres (p.ej: Jolly et al., 1996), la sobrerrepresentación de mujeres en el estudio podría estar sesgando la mediana de la escala de Dependencia a valores más elevados que en población general.

En cualquier caso, la medida de las actitudes disfuncionales a través de la escala DAS arroja dudas en lo que a su validez de constructo se refiere. Su elevada correlación con la sintomatología ansiosa y depresiva actual podrían tomarse como indicador de un malestar general psicológico o desadaptación, ya sea ansiedad o depresión, y no con una vulnerabilidad cognitiva específica de la depresión. Otra crítica a la medida de actitudes disfuncionales es la posibilidad de que los sujetos que informan de puntuaciones altas en el autoinforme hayan experimentado un suceso

negativo que ha activado las cogniciones negativas facilitando una toma de conciencia de las mismas y la posibilidad de informar sobre ellas (Traill y Gotlib, 2006): ello implicaría que realmente se estuviera midiendo la interacción vulnerabilidad-estrés más que la vulnerabilidad aislada y, por tanto, entre los participantes con baja puntuación en los cuestionarios de actitudes disfuncionales se incluyeran sujetos no vulnerables pero también personas vulnerables que aun no hayan experimentado un estresor significativo que active la vulnerabilidad. Además, Wenzlaff et al. (2002) plantean que los individuos previamente deprimidos pueden no informar de actitudes disfuncionales porque están realizando esfuerzos activos para suprimirlas y sustituirlas por creencias más adaptativas. Estos autores confirman esta hipótesis demostrando que individuos previamente deprimidos presentaban mayor incertidumbre sobre esas creencias, y esa incertidumbre estaba a su vez asociada con un alto nivel de supresión de pensamiento. Esto podría explicar la ausencia de relación entre actitudes disfuncionales de dependencia y episodios depresivos previos. Esta explicación abriría sin embargo nuevas cuestiones como por qué los participantes sí podían manifestar sin dificultades las actitudes disfuncionales de Logro. El contexto en el que se realiza el experimento (entorno universitario) puede influir en el acuerdo mostrado por los participantes con unas actitudes u otras: las actitudes orientadas a competencia y perfeccionismo (conseguir el nivel máximo, no cometer errores...) se interpretan como positivas en determinados círculos académicos y ello puede facilitar una manifestación sin censuras.

En cuanto a la ausencia de resultados de la sintomatología depresiva y ansiosa activas, se debe plantear la adecuación de las medidas empleadas: es muy posible que los inventarios aplicados valoren una sintomatología asociada a malestar general pero no necesariamente a una interferencia significativa como para ser considerada psicopatológica. Una interpretación más optimista podría suponer que la prueba atencional realizada efectivamente mide aspectos relacionados con la vulnerabilidad cognitiva a la depresión de forma específica. Sin embargo, también debemos ser

prudentes en la aceptación de la medida de la historia previa de episodio depresivo mayor dado que pueden haber influido sesgos mnésicos asociados al estado de ánimo actual (mayor sintomatología depresiva y ansiosa en los participantes con historia previa de depresión), sesgos procedentes de la situación experimental (adivinación de hipótesis por parte de los participantes) e incluso sesgos asociados a una posible mayor introspección propia de una población de estudiantes universitarios de Psicología (que, en sus intereses vocacionales, ya indican un interés especial por la observación de los fenómenos psíquicos, incluidos muy probablemente los propios). El elevado porcentaje de participantes que refería haber padecido un episodio depresivo en el pasado (26%) confirma esta necesidad de prudencia, dado que, si bien algunos estudios indican cifras de prevalencia vital próximas al 25% (Vázquez y Sanz, 2008), considerando la juventud de la población de estudio es razonable pensar que el dato se encuentre sobrevalorado.

En definitiva, los resultados de este experimento parecen confirmar la existencia de un procesamiento atencional selectivo en las personas que han experimentado un episodio depresivo en sus vidas y que sostienen elevadas actitudes disfuncionales de logro. Estos datos contradicen la idea tradicionalmente defendida de que la depresión sólo está ligada a sesgos mnésicos mientras que la ansiedad se asocia a sesgos atencionales, confirmando, además, la importancia de emplear estímulos específicamente relacionados con la depresión. Sería necesario explorar en más profundidad las relaciones que mantiene con actitudes disfuncionales de dependencia y la sintomatología depresiva activa. Además, si bien los resultados son coherentes con la hipótesis de estrategias compensatorias que dificultan la detección de sesgos atencionales con medidas explícitas, este estudio deja pendiente la investigación de variables que influyen en la puesta en marcha de esas estrategias y que, a su vez, podrían ser importantes para explicar el paso del estado de ánimo "triste" al desarrollo de un episodio depresivo mayor.

Aunque clarifica así algunas cuestiones, este estudio abre también otros interrogantes como la necesidad de medidas sensibles de las actitudes disfuncionales, la investigación de estrategias metacognitivas que median en la manifestación de sesgos atencionales en las personas deprimidas y vulnerables (p.ej: supresión de pensamiento, sugerida por Wenzlaff et al., 2001) y las diferencias individuales y situacionales en la puesta en marcha de dichas estrategias (p.ej: Derakshan et al., 2007). Además, convendría confirmar con mayor claridad la relación de los sesgos atencionales con auto-esquemas subyacentes, así como comprobar longitudinalmente que la presencia de sesgos es un marcador de vulnerabilidad y no sólo un identificador de depresión pasada o “reminiscencia” de la depresión. Con el fin de cubrir estos objetivos, se desarrollaron los siguientes estudios.

5. ESTUDIO 2: MODELOS DE AUTO-REPRESENTACIÓN Y SESGOS ATENCIONALES EN DEPRESIÓN Y VULNERABILIDAD COGNITIVA.

El estudio 2 mantuvo como primer objetivo, al igual que el estudio 1, el análisis de las relaciones entre depresión, vulnerabilidad cognitiva y procesos atencionales (objetivo 1) intentando mejorar algunas de las limitaciones metodológicas observadas en la investigación previa y profundizar en la exploración de procesos que median en la manifestación de sesgos atencionales. Así, se sustituyó el cuestionario DAS por el inventario de Estilos Personales de Robins et al. (1994) (Personal Style Inventory, PSI-II) dado que aporta una medida más estable de Sociotropía y Autonomía (Bagby et al., 2001). Siguiendo la propuesta de Wenzlaff et al. (2002), se añadió una medida de certeza (“porcentaje de seguridad”) en cada ítem del inventario PSI-II. También se aumentó la frecuencia de presentación de estímulos (de 450 msg a 200 msg en intervalo interestimular) con el fin de convertir la tarea en más demandante. La ejecución del participante en la tarea de escucha dicótica fue grabada en formato audio con el fin de revisar posteriormente el registro de la ejecución realizado por los experimentadores. Se añadieron además una medida de pensamientos positivos (cuestionario breve de pensamientos automáticos positivos, ATQ-RP, Kendall, Howard y Hays, 1989) y medidas de los intentos de supresión y del estilo represor que podrían contribuir a explicar las estrategias compensatorias ante los sesgos atencionales. Por último, se introdujo un breve cuestionario sobre la tarea de escucha dicótica con el fin de profundizar en los procesos puestos en marcha específicamente durante la tarea de escucha dicótica (ver anexo 4).

Las hipótesis principales en cualquier caso continuaron centrándose en comprobar la existencia de un sesgo específico en el procesamiento atencional de estímulos emocionales que no pudiera ser atribuido exclusivamente a una disminución general de los recursos cognitivos en personas con (a) estado depresivo activo

(hipótesis 1.1.), (b) historia pasada de episodios depresivos (hipótesis 1.2.) y (c) con elevadas Sociotropía y/o Autonomía (hipótesis 1.3.).

Además, la interpretación de los sesgos atencionales encontrados en el estudio 1 requería investigación adicional. Podríamos suponer que determinados sesgos aparecen en relación a **modelos de auto-representación**, pero se hace necesario confirmar tal supuesto. Para ello, se añadió una **tarea de respuesta de codificación auto-referente** realizada por ordenador con todos los adjetivos emocionales de la escucha dicótica, de modo que se medían las respuestas explícitas por parte de los participantes y los tiempos de reacción (interpretados como medida implícita de la consolidación de esos auto-esquemas). Siguiendo las sugerencias de autores como Rude et al. (2001), las respuestas directas del sujeto podrían interpretarse como medidas del modelo explícito del self mantenido en la memoria, que puede ser positivo si la persona no está deprimida (bien porque siente que “cumple” con las exigencias auto-impuestas al autoconcepto, bien porque quieren evitar activamente pensar en negativo o dar una imagen negativa). Sin embargo, otras medidas implícitas, como los tiempos de reacción, son difícilmente controlables por el individuo y podrían dar cuenta, cuando son más largos, de una menor consolidación del autoesquema en las personas vulnerables a la depresión.

Se configuraron así tres objetivos e hipótesis adicionales:

- **Objetivo 2:** comprobar la existencia de **modelos de auto-representación** en los constructos relacionados con depresión:
 - Negativo a nivel explícito e implícito en personas **deprimidas** actualmente (**hipótesis 2.1.**)
 - Positivo a nivel explícito y negativo a nivel implícito (tiempos de respuesta en la tarea de codificación auto-referente) en personas no deprimidas **en riesgo** de depresión (historia previa de episodios depresivos) (**hipótesis 2.2.**)

- Positivo a nivel explícito y negativo a nivel implícito (tiempos de respuesta en la tarea de codificación auto-referente) en personas no deprimidas **vulnerables** a la depresión (elevadas Sociotropía y/o Autonomía) (**hipótesis 2.3.**).
- **Objetivo 3:** comprobar la relación entre sesgos atencionales y **modelos de auto-representación** en los constructos relacionados con depresión:
 - **Objetivo 3.1:** comprobar la relación entre sesgos atencionales específicos y modelos de auto-representación (**hipótesis 3.1.**).
 - **Objetivo 3.2:** comprobar la relación de la **activación de esquemas emocionales negativos** (medida a través del recuerdo y reconocimiento incidental) con los **sesgos atencionales** y los **modelos de auto-representación** (**hipótesis 3.2.**).
- **Objetivo 4:** Desarrollar un modelo de **predicción de sintomatología depresiva** en función de sesgos atencionales, modelos de auto-representación y vulnerabilidad cognitiva.

5.1. Método

Participantes:

La muestra estuvo compuesta por 143 participantes (122 mujeres y 21 hombres), estudiantes voluntarios de 3º de Psicología en la Universidad Complutense de Madrid, con edades comprendidas entre 19 y 29 años, media de 21 años (desviación típica = 1,6). La participación en el experimento era voluntaria, con una puntuación adicional en la calificación final de la asignatura como incentivo a la participación.

Todos los participantes completaron individualmente en la misma cabina experimental la entrevista estructurada C-DIS-III-R (sección episodio depresivo mayor) mediante ordenador y un cuadernillo (ver anexo 4) que incluía los inventarios descritos a continuación.

Materiales:

- ***Entrevista y Cuestionarios***

- **Entrevista estructurada** por ordenador National Institute of Mental Health-Diagnostic Interview Schedule, Computerized Version (C-DIS-III-R) para evaluar episodio depresivo mayor vital y/o en el último año.
- **Inventario de Depresión de Beck** en su versión de 1996 (BDI-II, Beck, Steer y Brown, 1996), adaptado a población española universitaria por Sanz, Navarro y Vázquez (2003), con el fin de evaluar la gravedad del estado de ánimo deprimido. El formato es similar a la primera versión del instrumento, si bien mejora a su antecesor en términos de consistencia interna (α de 0,89), validez factorial y validez de contenido (cubre todos los criterios diagnósticos sintomáticos para el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico especificados en el manual diagnóstico DSM-IV), demostrando una validez aceptable para discriminar entre personas con y sin episodio depresivo mayor (Sanz et al., 2003). Se empleó como punto de corte una puntuación de igual o mayor de 12, que supone unos índices de eficiencia diagnóstica y concordancia (κ) de 84,9% y 0,44, respectivamente (Sanz et al., 2003), además de suponer un equivalente al punto de corte empleado en el estudio 1 (ya que, como tendencia general, las puntuaciones en el BDI-II aumentan en dos-tres puntos con respecto a su predecesor, el BDI-IA). El coeficiente de fiabilidad (α de Cronbach) en la muestra del estudio fue de 0,85.
- **Inventario de Ansiedad de Beck** (BAI, Beck et al, 1988), en la misma versión empleada en el estudio 1. El coeficiente de fiabilidad (α de Cronbach) en la muestra del estudio fue de 0,87.
- **Cuestionario revisado de Pensamientos automáticos positivos (ATQ-RP, Positive Automatic Thoughts Questionnaire-Revised, Kendall et al., 1989).** Consiste en una serie de 10 frases que expresan pensamientos positivos que son evaluadas en términos de frecuencia de aparición durante la semana anterior en una escala de 1 a 5. Los 10 ítems fueron seleccionados en función de su capacidad para

discriminar disforia y depresión (Kendall et al, 1989). Esta escala fue introducida por la necesidad de una medida de pensamientos positivos, por su sencillez y brevedad y por sus características psicométricas: elevada consistencia interna, validez predictiva respecto a la depresión (alta correlación negativa) y adecuada validez discriminante con respecto a ansiedad (Burgess y Haaga, 1994). La versión traducida empleada en esta investigación mostró una fiabilidad de 0,90 (α de Cronbach) en la muestra de la investigación.

- **Inventario Revisado de Estilos Personales PSI-II** (Personal Style Inventory, Robins et al., 1994) como medida de Sociotropía y Autonomía. El PSI-II incluye 48 ítems, valorados en una escala de 6 puntos (muy en desacuerdo-muy de acuerdo). Los ítems impares miden Sociotropía y los ítems pares Autonomía. Estas dos escalas a su vez se dividen en factores: Sociotropía incluye Preocupación por la opinión de los demás, Dependencia, y Necesidad de complacer; Autonomía incluye Perfeccionismo, Necesidad de Control y Separación Defensiva. La escala fue traducida al castellano, mostrando una fiabilidad (alpha de Cronbach) en la muestra de la investigación de 0,85. Se comprobó mediante análisis factorial (componentes principales) que la estructura se correspondía con los dos factores propuestos por los autores¹⁵.

La sustitución de la escala DAS por el inventario PSI-II en la medida de vulnerabilidad cognitiva (Sociotropía y Autonomía) se realizó fundamentalmente por su estabilidad y validez convergente con cuestionarios de personalidad (Bagby et al., 2001), sin fluctuaciones en función de la sintomatología (Solomon, Arnow, Gotlib y Wind, 2003), pudiendo por ello ser considerada una medida útil de vulnerabilidad cognitiva independiente de los síntomas.

¹⁵ En Sociotropía, sólo el ítem 43 ("Me disgusta mucho que un amigo cancele una cita u olvide llamarme como habíamos acordado") resultó problemático en sus saturaciones (saturación alta también en Autonomía). Dentro de Autonomía, dos ítems de la subescala Perfeccionismo/Autocrítica (ítems 14 -"Frecuentemente veo mis resultados como un completo éxito o como un completo fracaso"-y 32 -"Me cuesta perdonarme a mí mismo cuando siento que no he trabajado todo lo que podía"), plantearon problemas, tal y como predicen los propios autores de la escala. Además, el ítem 12 ("En las relaciones, las personas son a menudo demasiado exigentes el uno con el otro") saturaba más alto en el factor Sociotropía con una saturación de 0,02 en el factor Autonomía.

Siguiendo el procedimiento sugerido por Wentzlaff et al. (2001), en cada ítem del inventario PSI-II se añadió una valoración subjetiva de la seguridad en la respuesta dada (**porcentaje de certidumbre**) con el objetivo de medir la consolidación de las respuestas funcionales de Sociotropía y Autonomía.

- **Medida AD (Ansiedad-Deseabilidad) del Estilo Represor de afrontamiento**, siguiendo la medida propuesta por Weinberger, Schwartz y Davidson (1979) que parte de puntuaciones bajas en la Escala de Ansiedad Manifiesta abreviada (MAS, Bending, 1956) y puntuaciones elevadas en Deseabilidad Social (MCSDS, Crowne y Marlowe, 1964). La Escala de Ansiedad Manifiesta abreviada de Bending (1956) es una versión reducida de la escala de Taylor (1953) que evalúa ansiedad-rasgo mediante 20 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso)¹⁶. La escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne evalúa, según los propios autores, la inhibición afectiva, defensividad y protección de la autoestima; los 33 ítems de respuesta dicotómica (V/F) que la componen no hacen referencia a aspectos psicopatológicos y representan conductas culturalmente sancionadas pero con poca probabilidad de ocurrencia¹⁷. Weinberger et al (1979) diferencian altos/bajos en ansiedad en función de la mediana y altos/bajos en Deseabilidad en función del tercer cuartil. La razón argumentada para elegir un criterio más elevado en Deseabilidad estriba en que las puntuaciones bajas en ansiedad predicen cierto nivel de defensividad/deseabilidad. En el estudio de Weinberger et al (1979), los sujetos represores fueron por tanto aquellos que puntuaron 13 o menos en la escala de Ansiedad manifiesta y 19 o más en la escala de Marlowe-Crowne. En la muestra del estudio, el valor del tercer cuartil coincidió con el encontrado por Weinberger et al (1979) mientras que la escala de ansiedad manifiesta mostró una mediana de valor inferior (7). Se adoptaron los valores de la muestra del estudio.

¹⁶ Se empleó la traducción al castellano realizada por Carmelo Vázquez, mostrando una fiabilidad (alpha de Cronbach) en la muestra de la investigación de 0,70.

¹⁷ Se empleó la traducción al castellano realizada por Carmelo Vázquez, mostrando una fiabilidad (alpha de Cronbach) en la muestra de la investigación de 0,65.

En función de ambas medidas, se puede desarrollar una tabla de doble entrada en la que resultan cuatro grupos:

Tabla 11. Detección de participantes represores en función de la medida con escalas MAS y Marlowe-Crowne

	Bajo en Deseabilidad Social (DES<19)	Alto en Deseabilidad Social (DES≥19)
Bajo en Ansiedad Manifiesta (MAS≤7)	Baja ansiedad (n=47)	REPRESORES (n=29)
Alto en Ansiedad Manifiesta (MAS>7)	Alta ansiedad (n=53)	Alta Ansiedad Defensiva (n=14)

MAS= Escala de Ansiedad Manifiesta; Marlowe-Crowne: Escala de Deseabilidad Social

Los participantes represores se caracterizarían por puntuaciones bajas en ansiedad (normalmente más bajas que el grupo denominado “baja ansiedad”) y elevadas en deseabilidad social. El grupo menor, tal y como ocurre en otros estudios (p.ej: Weinberger et al., 1979) es el de elevada ansiedad y estilo defensivo.

- **Inventario de Supresión de Pensamientos WBSI** (White Bear Suppression Inventory, Wegner y Zanakos, 1994): es un inventario de 15 ítems desarrollado con el fin de evaluar la supresión crónica de pensamientos. Las respuestas a cada ítem se valoran en una escala Likert de 5 puntos. La versión española presenta datos satisfactorios de fiabilidad y validez (Luciano, Belloch, Algarabel, Tomás, Morillo y Lucero, 2006). En la muestra de la investigación, la escala presentó una fiabilidad (alpha de Cronbach) de 0,91¹⁸.
- **Cuestionario sobre dificultad percibida en la tarea de escucha dicótica:** se desarrolló un conjunto de ítems con el fin de evaluar de forma exploratoria la

¹⁸ En el análisis factorial realizado sobre la muestra de esta investigación, mediante análisis de componentes principales, resultaban 3 factores en los que sólo saturaba de forma más elevada en el tercer factor el ítem 15 (Tengo muchos pensamientos que no digo a nadie) y en el segundo factor los ítems 1 (Hay cosas en las que prefiero no pensar), 8 (A veces trato de alejar los problemas de mi mente) y 11 (Hay cosas sobre las que intento no pensar), que mantenían también valores altos en el primer factor. Dado que, además, la agrupación no se ajustaba con ninguna previa (ver revisión en Schmidt et al.(2009), se analizó la puntuación en el cuestionario de forma global y, en algunos casos, ítem por ítem.

dificultad percibida en la tarea de escucha, la aparición de pensamientos intrusivos y los procesos de supresión específicos en la tarea experimental. Se utilizaron como base para la creación de ítems los cuestionarios WBSI (Wegner y Zanakos, 1994) y CIQ (Cognitive Interference Questionnaire; Sarason, Sarason, Keefe, Hayes y Shearin, 1986) (ver anexo 4).

Estímulos experimentales:

- ***Estímulos auditivos:*** Se emplearon las mismas series de palabras empleadas en el estudio 1, aumentando la frecuencia de presentación (que pasó de 450 msg a 200 msg entre estímulos) y duplicando la longitud de la tarea. Se mantuvo la congruencia del género de los adjetivos con el sexo del participante ya realizada en el estudio 1. Se valoró la posibilidad de eliminar la diferencia de frecuencias subjetivas entre estímulos positivos y negativos, sin conseguirlo dado que la frecuencia media de las palabras negativas era superior en todas las combinaciones posibles.

- ***Estímulos visuales:***

- **Tarea visual secundaria a la tarea de escucha dicótica:** de características similares a la realizada en el estudio 1, el único cambio realizado fue la simplificación del estímulo visual empleando un círculo blanco de un diámetro aproximado de 3 centímetros que se presentaba aleatoriamente en la pantalla a la vez que el participante realizaba la tarea de escucha dicótica (promedio: cada 5 pares de palabras), y ante el cual tenía que responder pulsando una tecla (espaciador).

- **Tarea de reconocimiento:** se presentaron en pantalla, uno por uno, 60 adjetivos, en orden aleatorio (con un tiempo máximo de presentación de 5 segundos en caso de que el participante no diera antes ninguna respuesta):

- 30 adjetivos “correctos”, extraídos aleatoriamente del conjunto de estímulos escuchados en el oído izquierdo (no atendido) en la tarea de escucha dicótica (10 positivas/10 negativas/10 neutras)

- 30 adjetivos “distractores” que no habían aparecido en la tarea de escucha dicótica: 10 adjetivos neutros extraídos del listado de adjetivos de Jiménez et al. (1998) y 20 descriptores de personalidad categorizados en valencia emocional por acuerdo interjueces (10 negativos, 10 positivos).

- **Tarea auto-descriptiva:** se presentaron en pantalla, uno por uno, todos los adjetivos emocionales empleados en el canal no atendido de la tarea de escucha dicótica (45 positivos y 45 negativos), en orden aleatorio (con un tiempo máximo de presentación de 10 segundos en caso de que el participante no diera antes ninguna respuesta).

Diseño experimental

- ***Variables Independientes:***

(1) **Estado depresivo actual**, basado en puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, Beck et al., 1996), con valores: sin depresión (puntuación de 0 a 11) y deprimido (puntuación de 12 a 63).

(2) **Factor de riesgo de depresión: Historia de episodio depresivo mayor**, con valores: sin historia y con historia de episodio depresivo mayor.

(3) **Vulnerabilidad cognitiva a la depresión: Estilos Personales Vulnerables a la depresión:** con 4 valores en función de la combinación de alto/bajo en Sociotropía (con valores en función de mediana (95): “bajo en Sociotropía”: ≤ 95 y “alto en Sociotropía”: > 95) y alto/bajo en Autonomía (con valores en función de mediana (78): “bajo en Autonomía” ≤ 78 y “alto en Autonomía”: > 78). Se decidió partir de la combinación de ambas escalas dado que el artificio de introducir dos variables relacionadas ($r=0,204$; $p<0,05$) y, además, dicotomizadas en el mismo diseño podía generar efectos estadísticos indeseados (MacCallum et al., 2002). Los cuatro valores resultantes por tanto fueron:

(a) patrón ***adaptativo*** (n=46): caracterizado por puntuación inferior o igual a la mediana tanto en Sociotropía como en Autonomía.

(b) patrón ***Sociotropía*** (n=27): caracterizado por puntuación superior a la mediana en Sociotropía, pero inferior o igual a la mediana en Autonomía.

(c) patrón ***Autonomía*** (n=33): caracterizado por puntuación superior a la mediana en Autonomía, pero inferior o igual a la mediana en Sociotropía.

(d) patrón ***mixto*** (n=37): caracterizado por puntuación superior a la mediana tanto en Autonomía como en Sociotropía.

(4) **Pensamientos automáticos positivos** (ATQ-RP, Positive Automatic Thoughts Questionnaire-Revised, Kendall et al., 1989).

(5) **Valencia** emocional de los estímulos con valores: (a) positivo; (b) negativo; (c) neutro.

(6) **Respuesta** en la tarea de codificación auto-referente, con valores (a) afirmativa; (b) negativa.

(7) **Tipo de estímulo** en tarea de reconocimiento, con valores: (a) correcto; (b) distractor.

(8) **Estilo represor**, medido a partir de la Escala breve de ansiedad manifiesta (Bending, 1956) y la escala de Deseabilidad de Marlowe-Crowne (Crowne y Marlowe, 1964), con valores: (a) represor; (b) no represor.

- ***Variables de confundido:***

Tabla 12. Variables de confundido incluidas en el estudio 2.

Variable	Medida (s)
Ansiedad	Sintomatología ansiosa, medida mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck et al, 1988).
Intentos de supresión de pensamiento	Inventario WBSI (White Bear Suppression Inventory, Wegner y Zanakos, 1994).

- **Variables Dependientes:**

Tabla 13. Variables dependientes incluidas en el estudio 2.

Variable Dependiente	Medida(s)
Rendimiento atencional	Proporción total de errores (omisiones, intrusiones y creaciones) en tarea de escucha dicótica.
	Tiempo de reacción ante los estímulos de la tarea secundaria.
Recuerdo incidental (canal no atendido)	Tasa de palabras emocionales evocadas en tarea de recuerdo incidental.
Reconocimiento incidental (canal no atendido)	Proporción de aciertos, corregida por la proporción de falsas alarmas (Kintsch, 1977): $([p(AC)-P(FA)] / [1-p(A)])$
	Sensibilidad en el reconocimiento (propuesta de la Teoría de Detección de Señales aplicada a los procesos de memoria, Green, Birdsall y Tanner, 1957) medida a través de la fórmula: $d' = z(FA) - z(AC) $
	Criterio de respuesta en el reconocimiento (propuesta de la Teoría de Detección de Señales aplicada a los procesos de memoria, Luce, 1963) medida a través de la fórmula: $c = 0,5 [z(FA) + z(AC)]$
	Tiempo de respuesta medio en la tarea de reconocimiento
Autovaloración explícita	Proporción de descriptores positivos auto-atribuidos en la tarea de codificación auto-referente sobre el total (45 adjetivos)
	Proporción de descriptores negativos auto-atribuidos en la tarea de codificación auto-referente sobre el total (45 adjetivos negativos)
Consolidación de autoesquemas	Tiempos de respuesta en la tarea de codificación auto-referente
Intentos de supresión en la tarea de escucha dicótica	Cuestionario de dificultad percibida en la tarea de escucha dicótica

- **Diseño Experimental**

Línea base: Al igual que en el estudio 1, con el fin de confirmar que los posibles déficit en la tarea de escucha dicótica no se debían exclusivamente a una disminución general de los recursos cognitivos asociados a un estado de ánimo deprimido, todos los participantes realizaron un primer seguimiento sin tarea visual concurrente ni variaciones en la valencia (todos los estímulos eran de valencia neutra). Los datos de esta línea base se ajustaron por tanto a tres diseños unifactoriales intergrupos con tres variables independientes, en el que la variable dependiente era el rendimiento atencional en la tarea de seguimiento de escucha dicótica (medida a través de la proporción de errores) y las variables independientes eran (1) Estado depresivo actual;

(2) Historia de episodio depresivo mayor; y (3) Estilos personales vulnerables a la depresión (Sociotropía y Autonomía).

Tareas experimentales: Con el fin de contrastar la relación entre procesos atencionales y depresión (estado depresivo actual, riesgo de depresión y vulnerabilidad cognitiva a la depresión), el desarrollo de la tarea experimental se configuró según los siguientes diseños factoriales mixtos:

Tabla 14. Diseños factoriales incluidos en el Estudio 2.

Diseño	Variables dependientes
2 x 2 x 2 (Estado depresivo actual x Historia de episodio depresivo mayor x Valencia), con medidas repetidas en tercer factor.	Rendimiento atencional Recuerdo incidental Reconocimiento (aciertos, sensibilidad y criterio de respuesta) Autovaloración explícita
2 x 4 x 2 (Estado depresivo actual x Estilos Personales vulnerables x Valencia), con medidas repetidas en tercer factor	
2 x 4 x 2 (Historia de episodio depresivo mayor x Estilos Personales vulnerables x Valencia), con medidas repetidas en tercer factor	
2 x 2 x 3 x 2 x 2 (Estado depresivo actual x Historia de episodio depresivo x Valencia x Respuesta x Tipo de Estímulo), con medidas independientes en primer y segundo factor.	Tiempo de respuesta en reconocimiento
2 x 4 x 3 x 2 x 2 (Estado depresivo actual x Estilos Personales vulnerables x Valencia x Respuesta x Tipo de Estímulo), con medidas independientes en primer y segundo factor.	
2 x 4 x 3 x 2 x 2 (Historia de episodio depresivo x Estilos Personales vulnerables x Valencia x Respuesta x Tipo de Estímulo), con medidas independientes en primer y segundo factor.	
2 x 2 x 2 x 2 (Estado depresivo actual x Historia de episodio depresivo x Valencia x Respuesta), con medidas repetidas en tercer y cuarto factor.	Tiempo de respuesta en tarea de codificación auto-referente
2 x 4 x 2 x 2 (Historia de episodio depresivo x Estilos Personales vulnerables x Valencia x Respuesta), con medidas repetidas en tercer y cuarto factor.	
2 x 2 x 2 x 2 (Estado depresivo actual x Estilos Personales vulnerables x Valencia x Respuesta), con medidas repetidas en tercer y cuarto factor.	

Plan de análisis: Se planificaron análisis multivariados de covarianza (MANCOVA) con las variables dependientes de rendimiento atencional, recuerdo incidental, reconocimiento y proporción de adjetivos auto-adjudicados en tarea de codificación auto-referente. El resto de variables dependientes se analizaron según análisis de varianza o covarianza (en función de la existencia de covariables significativas) univariados. En todos los casos se examinó el papel como covariables de la ansiedad y los intentos de supresión de pensamiento, además del Estado depresivo actual (excepto cuando ésta constituía la variable independiente). El control de la variable “Estilo represor de afrontamiento” no pudo realizarse introduciéndola como covariable dado su nivel categorial, por lo que se introdujo como otro factor de clasificación en un ANCOVA 2 x 2 x 2 (Estilo Represor, x Historia de episodio depresivo mayor x Valencia, controlando Estado depresivo actual) con el fin de observar sus efectos.

Dado el número de variables y condiciones, en los análisis de efectos diferenciales y simples en las pruebas post hoc se empleó por defecto el ajuste de Bonferroni con el fin de controlar la tasa de error considerando el número de comparaciones llevadas a cabo.

Además, con el fin de contrastar la existencia de una relación entre los sesgos atencionales específicos, de memoria incidental y los modelos de auto-representación latentes en personas no deprimidas vulnerables a la depresión, se planificó un análisis correlacional.

En el caso de la variable “Estilos Personales Disfuncionales” se realizaron pruebas de *diferencia de medias* en las diferentes escalas del inventario en función del factor de riesgo “Historia depresiva previa” con el fin de comprobar su validez como indicador de vulnerabilidad. Además, se profundizó en la relación de las variables de cuestionarios y de rendimiento en las tareas experimentales con el factor de riesgo “Historia de episodio depresivo mayor” mediante un *análisis discriminante*. Este análisis se propuso como complementario y no sustituyó al análisis de covarianza

(ANCOVA) por ser menos adecuado en la consideración de los efectos principales y de interacción de variables intragrupo (*Valencia*). De modo similar, se desarrolló un *análisis de regresión* de la sintomatología depresiva actual a partir de las medidas de rendimiento en las tareas experimentales.

Las variables “tiempo de respuesta en la tarea de codificación auto-referente” y “Sensibilidad en el reconocimiento” fueron transformadas a partir de logaritmos neperianos con el objetivo de cumplir el supuesto de homocedasticidad del análisis de varianza.

Procedimiento

El procedimiento seguido en la primera parte de esta investigación fue similar al seguido en el estudio 1. Las instrucciones que siguieron los experimentadores entrenados figuran en el anexo 5. Los participantes podían leer de nuevo las instrucciones al comenzar la tarea en la pantalla del ordenador. El orden seguido fue siempre el siguiente:

- Cuestionarios: BDI-II, BAI, ATQ-RP, PSI-II, AD, WBSI.
- Entrevista estructurada por ordenador
- Tarea de escucha dicótica
- Tarea de recuerdo incidental
- Tarea de reconocimiento
- Tarea de codificación auto-referente
- Cuestionario sobre la tarea de escucha dicótica.

Dado que se duplicó la longitud de la tarea de escucha dicótica con respecto al estudio 1 cada lista de adjetivos (positivos o negativos) era presentada cuatro veces, de forma que se contrabalanceó el orden de la siguiente manera (ver ejemplo de hoja de registro en anexo 6):

- Condición 1: ABBA-BAAB
- Condición 2: BAAB-ABBA

En la tabla 15 se sintetiza el desarrollo de la tarea experimental. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a las condiciones de contrabalanceo.

Tabla 15. Desarrollo de tarea experimental del Estudio 2.

	Número de estímulos	Grupo 1 (equiponderación) ABBA-BAAB		Grupo 2 (equiponderación) BAAB-ABBA		Objetivo a valorar
		Valencia de estímulos O.I.	Valencia de estímulos O.D.	Valencia de estímulos O.I.	Valencia de estímulos O.D.	
Línea Base	90 pares de palabras	Neutra (45 x 2)	Neutra (45 x 2)	Neutra (45 x 2)	Neutra (45 x 2)	Déficit atencional general
T.seguimiento con tarea visual concurrente	360 pares de palabras	Positiva (45)	Neutra (45)	Negativa (45)	Neutra (45)	Déficit atencional específico
		Negativa (45)	Neutra (45)	Positiva (45)	Neutra (45)	
		Negativa (45)	Neutra (45)	Positiva (45)	Neutra (45)	
		Positiva (45)	Neutra (45)	Negativa (45)	Neutra (45)	
		Negativa (45)	Neutra (45)	Positiva (45)	Neutra (45)	
		Positiva (45)	Neutra (45)	Negativa (45)	Neutra (45)	
		Positiva (45)	Neutra (45)	Negativa (45)	Neutra (45)	
		Negativa (45)	Neutra (45)	Positiva (45)	Neutra (45)	

O.I: oído izquierdo (no atendido); O.D: oído derecho (atendido).

A continuación, y siempre en la misma cabina, se realizaba una tarea de recuerdo incidental solicitando a los participantes que evocaran y escribieran un mínimo de 10 palabras escuchadas por el oído izquierdo (es decir, no atendidas), con instrucciones que facilitaban la creación o la aparición de sinónimos en caso de no recordar la palabra precisa (dado que lo que se pretendía medir era la activación de significados emocionales y el posible sesgo interpretativo, no necesariamente la exactitud del recuerdo). La tarea de recuerdo se mantuvo a pesar de introducir una tarea de reconocimiento dado que es más difícil detectar sesgos de memoria en tareas de reconocimiento (Clark et al., 1999).

Tras la tarea de recuerdo, se desarrollaba una tarea de reconocimiento por ordenador, apareciendo una serie de 60 adjetivos, presentados uno por uno con un tiempo máximo de 5 segundos (desaparecían cuando el sujeto pulsaba la tecla o cuando habían transcurrido 5 segundos), que incluían, aleatoriamente, 30 coincidentes con adjetivos escuchados en el oído izquierdo (10 positivas, 10 negativas y 10 neutras) y 30 distractores basados en descriptores de personalidad (10 positivas, 10 negativas,

10 neutras). El participante debía pulsar una tecla (rojo: no; verde: sí) de modo que quedaba registrada su respuesta y tiempo de respuesta. El orden de las teclas (pero no los colores) se contrabalanceó a nivel intergrupar de modo que en el análisis de datos no se sesgaran los resultados por un efecto de lateralidad. Las instrucciones se leían y aclaraban oralmente por el experimentador (ver apéndice 6) y además aparecían por escrito en diferentes pantallas antes de iniciar la tarea de forma que el participante podía leerlas con su propio ritmo de lectura.

La última tarea experimental realizada constituía una tarea de codificación auto-referente en la que se presentaban en la pantalla del ordenador los 90 adjetivos emocionales del canal no atendido en la tarea dicótica de seguimiento (45 positivos y 45 negativos). Estos estímulos eran presentados uno por uno, en orden aleatorio, con un tiempo máximo de 10 segundos (desaparecían cuando el participante pulsaba una de las teclas o cuando habían transcurrido 10 segundos). Del mismo modo que en la tarea anterior, el participante debía pulsar una tecla para dar su respuesta (rojo: no; verde: sí) de modo que quedaba registrada su respuesta y tiempo de respuesta. El orden de las teclas también se contrabalanceó a nivel intergrupar de modo que en el análisis de datos no se sesgaran los resultados por un efecto de lateralidad. Las instrucciones se leían y aclaraban oralmente por el experimentador y además aparecían por escrito en diferentes pantallas antes de iniciar la tarea.

Antes de despedirse de los participantes, se les pedía que rellenaran un breve cuestionario que evaluaba de forma exploratoria diferentes aspectos sobre cómo se había percibido la tarea de escucha, centrándose en los intentos de supresión, la dificultad subjetiva para centrar la atención y distracción percibida a lo largo de la tarea. Se agradecía su participación anticipándoles que se les solicitaría un breve seguimiento en unos meses, en el que podrían participar voluntariamente. La duración total de todo el procedimiento era de aproximadamente treinta minutos para cada participante.

5.2. Resultados

5.2.1. Descriptivos

Realizaron el experimento 143 participantes (122 mujeres y 21 hombres). Se contrastaron posibles diferencias de medias en las distintas medidas de cuestionarios y variables dependientes en función del género, la lateralidad (diestros y zurdos/ambidiestros), la condición de contrabalanceo o los experimentadores.

En función del género se encontraron diferencias en *Deseabilidad social*, superior en mujeres ($t_{141} = -2,78$; $p < 0,01$). Sin embargo, no se encontró una correlación significativa entre género y estilo represor (caracterizado por elevada deseabilidad social y baja ansiedad manifiesta) (C de contingencia = 0,06; $p > 0,05$). No se encontraron diferencias significativas de género en las medidas de las variables dependientes (rendimiento atencional, recuerdo, reconocimiento, autodescripción) ni en el resto de cuestionarios.

Tabla 16. Diferencia de medias en Deseabilidad en función del Género

Género	Hombres (n=21)	Mujeres (n=122)
Media en Deseabilidad (Desviación típica). Rango: 0-33 (5-27)	13,1 (5,3)	16,2 (4,6)

En función de la lateralidad informada no se encontraron diferencias en las medidas de inventarios (BDI-II, BAI, ATQ-RP, PSI-II, AD, WBSI) pero sí en dos ítems del cuestionario sobre la *tarea de escucha*: el ítem 8 (U Mann-Whitney = 614,5; $p < 0,05$) y el ítem 12 (U Mann-Whitney = 597,5; $p < 0,05$). La percepción subjetiva de mayor dificultad por parte de los participantes no diestros no se reflejó, sin embargo, en las medidas de rendimiento de la tarea de escucha (proporción de errores) ni en el resto de variables dependientes.

Asimismo, no se observaron diferencias significativas en las variables dependientes en función de la **condición de contrabalanceo** ni en función de los **experimentadores**.

5.2.2. Análisis correlacional

Las **correlaciones** entre las diferentes **medidas de cuestionario** se muestran en la tabla 17.

Tabla 17. Correlaciones entre las medidas de cuestionario tomada a los participantes.

	BDI-II	BAI	ATQ-RP	Sociotropía (PSI-II)	Autonomía (PSI-II)	MAS	MCSDS	WBSI
BDI-II	1	0,632**	-0,541**	0,394**	0,440**	0,678**	-0,210*	0,503**
BAI		1	-0,343**	0,355**	0,217**	0,597**	-0,167*	0,461**
ATQ-RP			1	-0,310**	-0,201*	-0,612**	0,190*	-0,260**
Sociotropía				1	0,204*	0,541**	-0,073	0,327**
Autonomía					1	0,368**	-0,221**	0,452**
MAS						1	-0,203*	0,528**
MCSDS							1	-0,308**
WBSI								1

*: $p < 0,05$ ** $p < 0,01$; **BDI-II**: Inventario de Depresión de Beck versión 1996 (Beck et al., 1996). **BAI**: Inventario de Ansiedad de Beck (Beck et al, 1988). **ATQ-RP**: Cuestionario revisado de Pensamientos automáticos positivos (Kendall, et al., 1989). **PSI-II**: Inventario Revisado de Estilos Personales (Robins et al., 1994). **MAS**: Escala de Ansiedad Manifiesta abreviada (Bending, 1956). **MCSDS**: Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne (Crowne y Marlowe, 1964). **WBSI**: Inventario de Supresión de Pensamientos (Wegner y Zanakos, 1994).

Las correlaciones entre los cuestionarios y las medidas de rendimiento en las diferentes tareas experimentales se muestran en la tabla 18. Destaca en primer lugar que **los intentos de supresión** fue la única variable de cuestionarios que se relacionó de forma significativa con una medida de rendimiento de la tarea de escucha dicótica (a más intentos de supresión, menos errores en la condición **positiva** de escucha). Además, los participantes que obtenían puntuaciones elevadas en el inventario WBSI tendían a adjudicarse más adjetivos negativos y tardar más en aceptar lo positivo y rechazar lo negativo en la tarea de codificación auto-referente (i.e., manifestaban un sesgo negativo tanto a nivel explícito como a nivel implícito). **Sociotropía y Autonomía** también se asociaron a una mayor tasa de adjetivos negativos autoadjudicados además de una menor tasa de adjetivos positivos. En los tiempos de respuesta de la tarea de codificación auto-referente, puntuaciones elevadas en estas escalas se relacionaban con mayores tiempos de respuesta en el rechazo de adjetivos negativos.

Tabla 18. Correlaciones entre las medidas en tareas experimentales y los cuestionarios

	BDI-II	BAI	ATQ-RP	SOCIOTROPÍA (PSI-II)	AUTONOMIA (PSI-II)	WBSI
TR t. secundaria condición positiva	0,153	0,099	-0,135	0,047	-0,037	0,001
TR t. secundaria condición negativa	0,122	0,093	-0,069	0,027	-0,001	0,057
Proporción errores dicótica cond.positiva	-0,092	-0,001	-0,083	-0,029	-0,038	-0,200*
Proporción errores dicótica c. negativa	-0,037	0,112	-0,129	0,039	0,066	-0,059
Proporción recuerdo palabras positivas	0,003	-0,002	0,063	-0,057	-0,067	-0,102
Proporción recuerdo palabras negativas	0,236**	0,107	-0,196*	0,167	0,078	0,133
Proporción aciertos reconocimiento de adjetivos positivos	-0,132	-0,221**	0,112	-0,165*	-0,213*	-0,142
Proporción aciertos reconocimiento de adjetivos negativos	0,180*	0,075	-0,206*	0,109	0,021	0,117
Proporción aciertos reconocimiento de adjetivos neutros	0,138	0,076	-0,038	0,168*	0,024	0,057
Sensibilidad en reconocimiento de adjetivos positivos	-0,142	-0,094	0,097	-0,061	-0,049	-0,101
Sensibilidad en reconocimiento de adjetivos negativos	0,101	0,001	0,004	0,063	0,108	-0,031
Sensibilidad en reconocimiento de adjetivos neutros	-0,042	-0,070	0,025	0,000	-0,002	-0,182*
Criterio de R en reconocimiento de adjetivos positivos	-0,074	-0,048	0,101	-0,026	-0,010	0,055
Criterio de R en reconocimiento de adjetivos negativos	-0,079	-0,151	0,060	-0,019	-0,009	-0,106
Criterio de R en reconocimiento de adjetivos neutros	0,014	-0,105	-0,057	0,027	-0,082	-0,071
Proporción de adjetivos positivos autoadjudicados	-0,518**	-0,298**	0,699**	-0,244**	-0,241**	-0,160
Proporción de adjetivos negativos autoadjudicados	0,756**	0,464**	-0,557**	0,426**	0,322**	0,396**
Tiempo de R en aceptación de adjetivos positivos como autodescriptivo	0,311**	0,300**	-0,450**	0,125	0,142	0,169*
Tiempo de R en rechazo de adjetivos positivos como autodescriptivos	0,013	0,105	-0,051	-0,031	-0,044	-0,025
Tiempo de R en aceptación de adjetivos negativos como autodescriptivo	0,253**	0,188*	-0,334**	0,144	0,135	0,158
Tiempo de R en rechazo de adjetivos negativos como autodescriptivos	0,378**	0,355**	-0,415**	0,229**	0,190*	0,239**

*, $p < 0,05$ ** $p < 0,01$; **BDI-II**: Inventario de Depresión de Beck versión 1996 (Beck et al., 1996). **BAI**: Inventario de Ansiedad de Beck (Beck et al., 1988). **ATQ-RP**: Cuestionario revisado de Pensamientos automáticos positivos (Kendall, et al., 1989). **PSI-II**: Inventario Revisado de Estilos Personales (Robins et al., 1994). **MAS**: Escala de Ansiedad Manifiesta abreviada (Bending, 1956). **MCSDS**: Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne (Crowne y Marlowe, 1964). **WBSI**: Inventario de Supresión de Pensamientos (Wegner y Zanakos, 1994). **TR**: tiempo de reacción. **R**: respuesta.

5.2.3. Diferencias en función de Historia de episodio depresivo

De los 143 participantes de este estudio, 41 (28,67%) referían haber atravesado un episodio depresivo mayor a lo largo de su vida (de los cuales 20 referían haber padecido un episodio en el último año). Por otra parte, 34 sujetos (23,77% de la muestra) obtuvieron una puntuación de 12 ó más en el BDI-II. Se confirmó una relación significativa entre puntuación elevada en el inventario BDI-II (≥ 12) y episodio depresivo vital ($\chi^2_1=23,9$; $p<0,001$). Un 16% de varianza (η^2) de la sintomatología depresiva era explicada por la historia depresiva previa. Esta relación se confirma en las pruebas paramétricas de diferencias de medias asociadas a la historia previa de depresión.

Tabla 19. Diferencias significativas en las medidas de cuestionario en función de la presencia/ausencia de historia previa de episodios depresivos.

	Historia de episodio depresivo mayor		t
	NUNCA (n=102)	Historia depresiva previa (n=41)	
Media en BDI-II (Desviación típica). Rango: 0-63 (0-39)	6,2 (5,2)	12,3 (8,4)	$t_{52,7} = -4,3^{***}$
Media en BAI (Desviación típica). Rango: 0-63 (0-42)	8,5 (6,5)	14,1 (9,5)	$t_{55,7} = -3,5^{***}$
Media en ATQ-RP (Desviación típica). Rango: 0-40 (3-35)	22,5 (6,5)	18,3 (7,9)	$t_{62,8} = 3,08^{**}$
Media en Sociotropía (Desviación típica). Rango: 0-120 (21-99)	67,6 (14,6)	76,1 (12,7)	$t_{141} = -3,28^{***}$
Media en Autonomía (Desviación típica). Rango: 0-120 (15-89)	53,8 (11,7)	59,9 (14,0)	$t_{141} = -2,68^{**}$
Media en escala MAS (Desviación típica). Rango: 0-20 (1-20)	6,5 (3,8)	10,5 (5,0)	$t_{59,5} = -4,6^{***}$
Media en WBSI (Desviación típica). Rango: 0-60 (5-56)	29,1 (11,3)	37,3 (9,3)	$t_{141} = -4,1^{***}$

*: $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Los rangos de puntuaciones han sido transformados para situar el origen en 0 en todos los casos.

Entre paréntesis se especifica el rango real de puntuaciones en la muestra de la investigación.

BDI-II: Inventario de Depresión de Beck versión 1996 (Beck et al., 1996). **BAI:** Inventario de Ansiedad de Beck (Beck et al., 1988). **ATQ-RP:** Cuestionario revisado de Pensamientos automáticos positivos (Kendall, et al., 1989). **PSI-II:** Inventario Revisado de Estilos Personales (Robins et al., 1994). **MAS:** Escala de Ansiedad Manifiesta abreviada (Bending, 1956). **MCSDS:** Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne (Crowne y Marlowe, 1964). **WBSI:** Inventario de Supresión de Pensamientos (Wegner y Zanakos, 1994).

Como puede observarse en la tabla 19, aquéllos que referían haber atravesado algún episodio depresivo en el pasado se diferenciaban significativamente, en la dirección esperable, en todas las variables medidas en cuestionarios excepto en Deseabilidad social. Estos datos confirmaron la conveniencia de analizar el papel como covariables de algunas de ellas al mismo tiempo que parecía confirmarse la relación de la vulnerabilidad cognitiva (Estilos personales vulnerables) con el factor de riesgo “Historia previa de depresión”.

Profundizando en la relación entre Estilos personales vulnerables e Historia previa de depresión, se analizaron las subescalas del inventario PSI-II, donde se encontraron los resultados significativos que se muestran en la tabla 20. Como puede observarse, las subescalas en las que no se encontraron diferencias significativas fueron Dependencia (incluida dentro de Sociotropía) y Separación defensiva (incluida dentro de Autonomía).

Tabla 20. Diferencias significativas en las escalas del inventario PSI-II en función de la presencia/ausencia de historia previa de episodios depresivos.

	Historia de episodio depresivo mayor		t
	NUNCA (n=102)	Historia depresiva previa (n=41)	
Preocupación sobre lo que los demás piensan (Desviación típica). Rango: 0-35 (1-32)	17,6 (6,1)	20,2 (6,9)	$t_{141} = -2,2^*$
Complacer a otros (Desviación típica). Rango: 0-50 (9-44)	26,8 (5,9)	31,3 (6,5)	$t_{141} = -4,0^{***}$
Perfeccionismo/Autocrítica (Desviación típica). Rango: 0-20 (1-18)	9,3 (2,9)	11,2 (3,5)	$t_{141} = -3,3^{***}$
Necesidad de Control (Desviación típica). Rango: 0-40 (9-32)	19,7 (4,1)	21,4 (5,2)	$t_{141} = -2,0^*$

*: $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$; PSI-II: Inventario de Estilos Personales

En el conjunto de ítems sobre la tarea de escucha dicótica, las personas con historia depresiva previa marcaron puntuaciones significativamente más elevadas (U

Mann-Whitney = 1596,5; $p < 0,01$) en el ítem 7 (“me venían pensamientos relacionados con lo que escuchaba en el oído izquierdo que no podía parar”).

No se manifestó como significativa la relación entre Historia de episodios depresivos previos y Estilo represor (C de contingencia: 0,126; $p > 0,05$).

5.2.4. Resultados en Tareas experimentales:

Línea Base: Rendimiento ante Estímulos Neutros:

- ***Tarea de seguimiento de escucha dicótica:*** Ni el “Estado depresivo actual” ni los “Estilos Personales Disfuncionales” manifestaron relación lineal significativa con la variable dependiente (rendimiento atencional en línea base -condición neutra-). Se realizaron además pruebas de diferencia de medias con estas variables categorizadas (Estado depresivo actual y Estilos personales disfuncionales) y con la variable “Historia de episodio depresivo”¹⁹, comprobando que no existían diferencias significativas en el rendimiento atencional en línea base (condición neutra).
- ***Tarea de Reconocimiento:*** Se comprobó igualmente que no existían diferencias significativas en las medidas de reconocimiento en la condición neutra (proporción de aciertos, sensibilidad y criterio de respuesta) en función del Estado depresivo actual, “Historia de episodio depresivo”, “Episodio depresivo en el último año” y “Estilos personales disfuncionales”.

En base a estos resultados, pudo descartarse una disminución general de los recursos cognitivos asociada al Estado depresivo actual o pasado y a los Estilos personales disfuncionales.

Rendimiento ante Estímulos Emocionales

Los resultados significativos de los principales análisis de varianza y covarianza realizados se resumen en las tablas 21, 22 y 23.

¹⁹ Se comprobó igualmente con la variable “episodio depresivo en el último año” con idéntico resultado.

Tabla 21. Resultados significativos de los MANOVA y MANCOVA realizados

	Estado depresivo actual (2) x Historia previa de episodios depresivos (2) x Valencia (2)	Historia de episodio depresivo mayor (2) x Estilos Personales Disfuncionales (4) x Valencia (2)	Estado depresivo actual (2) x Estilos Personales Disfuncionales (4) x Valencia (2)
<i>Covariable(s)</i>	<i>n.s.</i>	<i>Sintomatología depresiva</i>	<i>n.s.</i>
Variable Dependiente			
Análisis multivariado	<i>Valencia</i> ($F_{7,119} = 86,09$)*** <i>Estado depresivo actual x Valencia</i> ($F_{7,119} = 6,92$)***	<i>Valencia</i> ($F_{7,114} = 78,87$)*** <i>Historia de episodio depresivo mayor x Estilos Personales Disfuncionales</i> ($F_{21,348} = 1,61$) * <i>Covariable: Sintomatología depresiva x Valencia</i> ($F_{7,114} = 11,29$)***	<i>Valencia</i> ($F_{7,115} = 78,98$)*** <i>Estado depresivo actual x Valencia</i> ($F_{7,115} = 8,91$)***
Proporción de errores en escucha dicótica	<i>Valencia</i> ($F_{1,125} = 169,3$)***	<i>Valencia</i> ($F_{1,120} = 58,97$)*** <i>Estilos Personales Disfuncionales x Valencia</i> ($F_{3,119} = 2,7$)*	<i>Valencia</i> ($F_{1,121} = 207,12$)*** <i>Estado depresivo actual x Valencia</i> ($F_{1,121} = 5,83$) * <i>Estado depresivo actual x Estilos Personales Disfuncionales x Valencia</i> ($F_{3,121} = 2,9$) *
Tiempo de reacción en tarea secundaria de escucha dicótica	<i>n.s.</i>	<i>Historia de episodio depresivo mayor</i> ($F_{1,120} = 3,95$)* <i>Covariable: Sintomatología depresiva</i> ($F_{1,120} = 6,26$)*	<i>Estado depresivo actual x Estilos Personales Disfuncionales</i> ($F_{3,121} = 3,7$) *
Proporción de adjetivos auto-adjudicados en tarea de codificación auto-referente	<i>Valencia</i> ($F_{1,125} = 383,0$)*** <i>Estado depresivo actual x Valencia</i> ($F_{1,125} = 40,35$)*** <i>Historia de episodio depresivo mayor x Valencia</i> ($F_{1,125} = 6,36$; $p < 0,05$)*	<i>Valencia</i> ($F_{1,120} = 523,31$)*** <i>Estilos Personales Disfuncionales x Valencia</i> ($F_{3,120} = 2,77$) * <i>Historia de episodio depresivo mayor x Estilos Personales Disfuncionales</i> ($F_{3,120} = 2,82$) * <i>Covariable: Sintomatología depresiva x Valencia</i> ($F_{1,120} = 74,66$) *	<i>Valencia</i> ($F_{1,121} = 339,98$)*** <i>Estado depresivo actual x Valencia</i> ($F_{1,121} = 50,4$) *** <i>Estilos Personales Disfuncionales x Valencia</i> ($F_{3,121} = 2,62$) *
Proporción de palabras emocionales recordadas (recuerdo incidental)	<i>Valencia</i> ($F_{1,125} = 29,5$)***	<i>Valencia</i> ($F_{1,120} = 3,65$)* <i>Estilos Personales Disfuncionales</i> ($F_{3,120} = 3,32$)*	<i>Valencia</i> ($F_{1,121} = 28,68$)***
Proporción de aciertos en reconocimiento	<i>Valencia</i> ($F_{1,125} = 54,3$)*** <i>Historia de episodio depresivo mayor</i> ($F_{1,125} = 4,2$)* <i>Estado depresivo actual x Valencia</i> ($F_{1,125} = 3,79$)*	<i>Valencia</i> ($F_{1,120} = 6,15$)*	<i>Valencia</i> ($F_{1,121} = 35,46$)*** <i>Estado depresivo actual x Valencia</i> ($F_{1,121} = 4,4$) *
Sensibilidad en reconocimiento	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>Valencia</i> ($F_{1,121} = 7,76$)**
Criterio de respuesta en reconocimiento	<i>Estado depresivo actual x Historia de episodio depresivo mayor x Valencia</i> ($F_{1,125} = 5,81$)*	<i>n.s.</i>	<i>Estado depresivo actual</i> ($F_{1,121} = 4,6$) *

*: $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$. En negrita se destacan los resultados considerados más relevantes a los objetivos de la investigación.

Tabla 22. Resultados significativos de los ANCOVA realizados (VD: Tiempo de respuesta en tarea de codificación auto-referente)

	Estado depresivo actual (2) x Historia de episodio depresivo mayor (2) x Valencia (2) x Respuesta (2)	Historia de episodio depresivo mayor (2) x Estilos Personales Disfuncionales (4) x Valencia (2) x Respuesta (2)	Estado depresivo actual (2) x Estilos Personales Disfuncionales (4) x Valencia (2) x Respuesta (2)
<i>Covariable(s)</i>	<i>n.s.</i>	<i>Sintomatología depresiva</i>	<i>n.s.</i>
Variable Dependiente : Tiempo de respuesta en tarea de codificación auto-referente	<i>Valencia x Respuesta</i> ($F_{1,114} = 50,6$) *** <i>Estado depresivo actual</i> ($F_{1,114} = 8,8$) ** <i>Estado depresivo actual x Respuesta</i> ($F_{1,114} = 5,5$) * <i>Historia de episodio depresivo mayor x Valencia x Respuesta</i> ($F_{1,114} = 6,3$) *	<i>Valencia x Respuesta</i> ($F_{1,109} = 36,7$) *** <i>Historia de episodio depresivo mayor x Valencia x Respuesta</i> ($F_{1,109} = 4,6$) * <i>Covariable: Sintomatología depresiva</i> ($F_{1,109} = 5,0$) * <i>Covariable: Sintomatología depresiva x Valencia x Respuesta</i> ($F_{1,109} = 3,9$) *	<i>Valencia x Respuesta</i> ($F_{1,110} = 47,9$) *** <i>Estado depresivo actual</i> ($F_{1,110} = 4,5$) * <i>Estado depresivo actual x Estilos Personales Disfuncionales x Valencia x Respuesta</i> ($F_{3,110} = 3,01$) *

*: $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tabla 23. Resultados significativos de los ANCOVA realizados (VD: Tiempo de respuesta en tarea de reconocimiento)

	Estado depresivo actual (2) x Historia de episodio depresivo mayor (2) x Valencia (3) x Respuesta (2) x Tipo de Estímulo (2)	Historia de episodio depresivo mayor (2) x Estilos Personales Disfuncionales (4) x Valencia (3) x Respuesta (2) x Tipo de Estímulo (2)	Estado depresivo actual (2) x Estilos Personales Disfuncionales (4) x Valencia (3) x Respuesta (2) x Tipo de Estímulo (2)
<i>Covariable(s)</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>
Variable Dependiente : Tiempo de respuesta en tarea de reconocimiento	<i>Estado depresivo actual x Tipo de Respuesta</i> ($F_{1,139} = 7,74$) ** <i>Estado depresivo actual x Historia de episodio depresivo x Tipo de Respuesta</i> ($F_{1,139} = 8,87$) ** <i>Estado depresivo actual x Historia de episodio depresivo x Tipo de estímulo</i> ($F_{1,139} = 5,31$) * <i>Tipo de Respuesta</i> ($F_{1,139} = 14,4$) *** <i>Tipo de Estímulo</i> ($F_{1,139} = 5,19$) *	<i>Estilos Personales Disfuncionales x Valencia</i> ($F_{6,141} = 2,30$) * <i>Valencia x Respuesta</i> ($F_{2,141} = 4,47$) * <i>Valencia x Tipo de estímulo</i> ($F_{2,141} = 4,96$) ** <i>Valencia x Respuesta x Tipo de estímulo</i> ($F_{2,141} = 3,58$) *	<i>Estado depresivo actual x Estilos Personales Disfuncionales</i> ($F_{3,72} = 3,86$) * <i>Estado depresivo actual x Tipo de Respuesta x Tipo de estímulo</i> ($F_{1,72} = 5,09$) * <i>Tipo de Respuesta</i> ($F_{1,72} = 4,60$) * <i>Valencia x Tipo de Respuesta</i> ($F_{2,72} = 3,9$) * <i>Valencia x Tipo de Estímulo</i> ($F_{1,72} = 4,92$) * <i>Valencia x Tipo de Respuesta x Tipo de Estímulo</i> ($F_{1,72} = 4,68$) *

*: $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Resultados en la muestra global: Efectos de la Valencia emocional de los estímulos

Se describen inicialmente los efectos de la variable Valencia emocional de los estímulos con el fin de conocer el comportamiento “normal” de la muestra global como punto de referencia ante el análisis de las variables relacionadas con la depresión.

La variable *Valencia emocional de los estímulos* mostró efectos significativos a nivel multivariado en todos los análisis. Existía en todos los participantes una tendencia a cometer mayor proporción de errores cuando escuchaban por el canal no atendido palabras de contenido negativo (diferencia de 6,62%) y recordar más palabras negativas (diferencia de 26,18%) (ver tabla 24). También en todos los casos la proporción de aciertos en reconocimiento era significativamente mayor en adjetivos negativos (versus positivos, donde predominaban las falsas alarmas) (diferencia de 19,74%).

Tabla 24. Diferencias de medias significativas en función de la Valencia.

Variable Dependiente	Valencia de los estímulos	
	Positiva	Negativa
Proporción de errores de seguimiento en escucha dicótica (corregida por línea base)	-0,1125 (d.t.= 0,08)	-0,0463 (d.t.=0,08)
Proporción de palabras emocionales recordadas	28,52% (d.t.=30,25)	54,70% (d.t.=36,85)
Proporción de adjetivos autoadjudicados en tarea de codificación auto-referente	87,67% (d.t.=16,44)	12,33% (d.t.=16,44)
Proporción de aciertos en reconocimiento (corregidos por falsas alarmas)	-0,1555 (d.t.=0,7317)	0,3529 (d.t.=0,5402)

d.t.: desviación típica

En la tarea de codificación auto-referente, se observó una tendencia general a autoadjudicarse más adjetivos positivos (diferencia de 75,34%). En la medida del tiempo de respuesta en la tarea auto-descriptiva, el efecto de la Valencia era modulado

por el tipo de respuesta (sí/no) ($\eta^2=30,7\%$) de modo que la tendencia general de los participantes era responder más rápido afirmativamente a los adjetivos positivos y negativamente a los adjetivos negativos. Ello indica un sesgo autoprotector propio de la normalidad en la muestra a nivel global.

En la medida del tiempo de respuesta en la tarea de reconocimiento, el efecto de la Valencia era modulado por el tipo de estímulo (acierto/distractor) y de respuesta (sí/no), de modo que se tardaba más en rechazar los estímulos negativos correctos ($F_{1,72}=4,58$; $p<0,05$) y los estímulos positivos distractores ($F_{1,72}=19,11$; $p<0,001$).

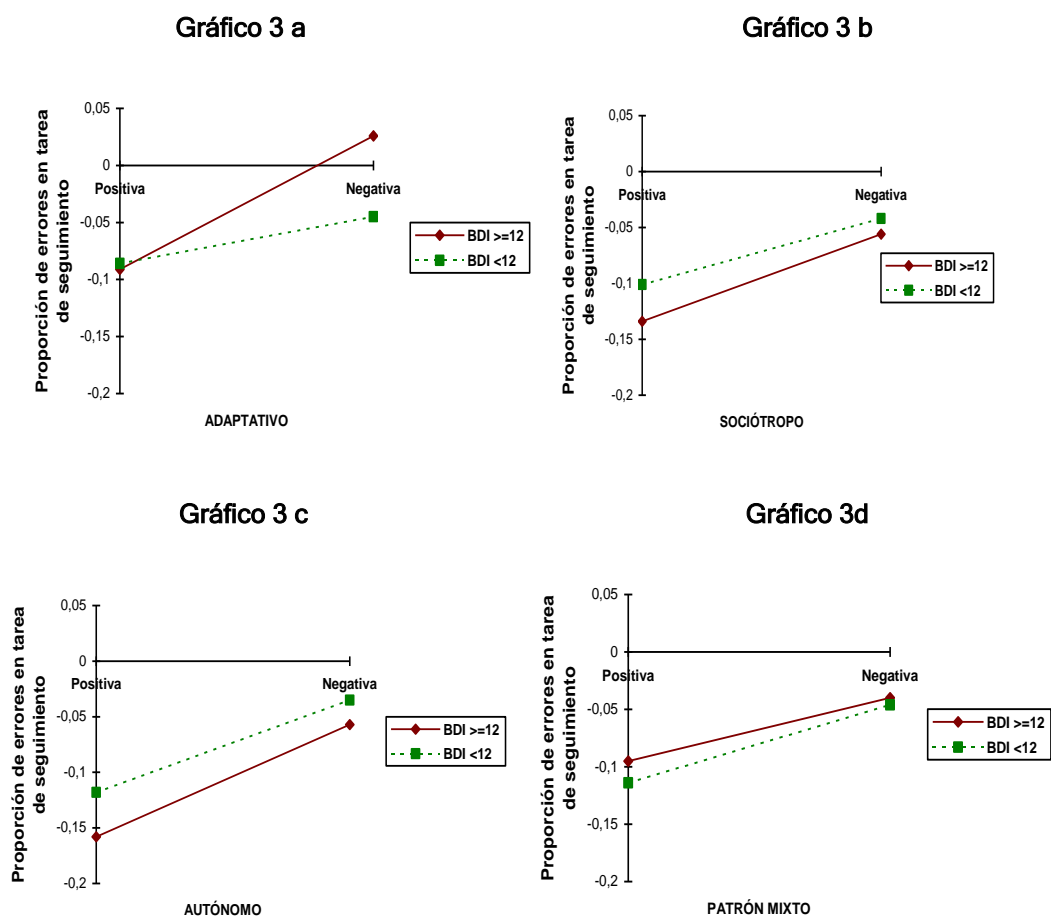
Hipótesis 1: Efectos del Estado depresivo actual, la Historia depresiva y la Vulnerabilidad cognitiva sobre el Rendimiento atencional

Medida explícita: Proporción de errores en escucha dicótica

Los Estilos Personales disfuncionales manifestaron una interacción significativa con Valencia sobre la proporción de errores de seguimiento en escucha dicótica ($F_{3,120}=2,7$; $p<0,05$; $\eta^2=6,2\%$) de forma que las personas caracterizadas por *Autonomía* eran las que *menos errores* cometían durante la condición *negativa* (prueba post hoc de análisis de efectos simples: $F_{3,120}=2,56$; $p<0,1$).

Además, los Estilos Personales disfuncionales también interactuaron con Valencia y Estado depresivo actual ($F_{3,121}=2,9$; $p<0,05$; $\eta^2=6,7\%$): aunque todos los participantes tendían a cometer más errores en la condición negativa, la diferencia entre condición positiva y negativa era máxima en los participantes con patrón “adaptativo” en Estilos Personales y sintomatología depresiva activa (ver gráfico 3). La ausencia de estrategias compensatorias por parte de una población en principio “no vulnerable” podría explicar este resultado.

Gráfico 3. Proporción media de errores en tarea de seguimiento de escucha dicótica (corregidos por LB) en función de la Valencia emocional del estímulo, el Estado depresivo actual y Estilos Personales.



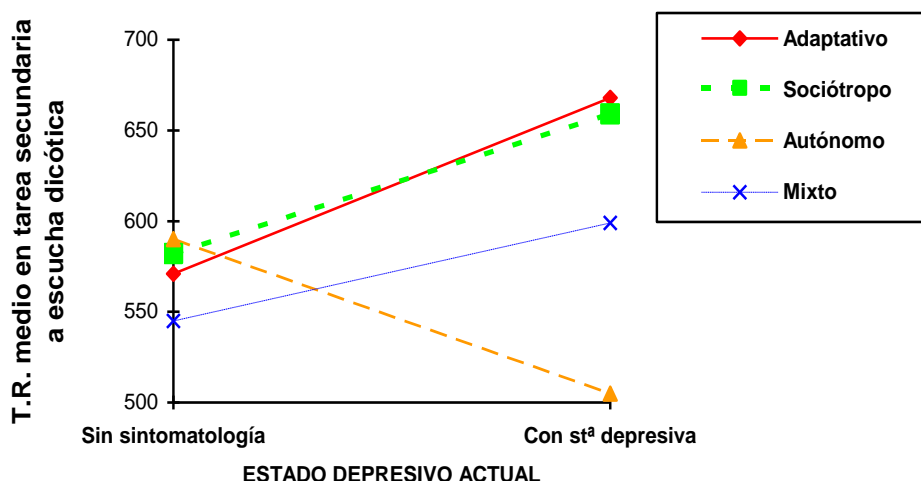
Medida implícita: Tiempo de reacción en tarea distractora

La sintomatología depresiva activa se relacionó con mayores tiempos de reacción en la tarea distractora, analizada como covariable ($F_{1, 120} = 6,26$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 4\%$).

La Historia de episodio depresivo mayor manifestó un efecto principal significativo sobre el tiempo de reacción en la tarea distractora secundaria a la escucha dicótica ($F_{1, 120} = 3,95$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 3,2\%$), de modo que las personas con historia previa tardaban *menos* en responder a los estímulos visuales. Esta diferencia sólo se manifestó como significativa cuando se controlaba la sintomatología depresiva activa como covariable.

En interacción con los Estilos Personales Disfuncionales ($F_{3, 121} = 3,7$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 8,4\%$), se observaba que dentro del grupo de personas caracterizadas por un patrón de *Autonomía*, aquellas que presentaban *un estado depresivo activo* tardaban *menos* en responder a los estímulos visuales (prueba post hoc de análisis de efectos simples: $F_{1, 121} = 4,65$; $p < 0,05$), en una tendencia contraria al resto de los grupos, que tendían a tardar más en responder cuando presentaban sintomatología depresiva (ver gráfico 4).

Gráfico 4. Tiempo de reacción en tarea secundaria a escucha dicótica en función de Estado depresivo actual y Estilo Personal.



Otras medidas relacionadas con el rendimiento atencional (I):

Dificultad subjetiva en el seguimiento de escucha dicótica

Se examinaron las diferencias en función del Estilo personal en la dificultad *subjetiva* de la tarea de escucha dicótica mediante la prueba de análisis de varianza por rangos (Kruskal-Wallis), manifestándose diferencias significativas en los ítems 6 ($\chi^2_3 = 9,0$; $p < 0,05$), 8 ($\chi^2_3 = 8,5$; $p < 0,05$) y 9 ($\chi^2_3 = 11,1$; $p < 0,05$)²⁰. Las personas que manifestaban un *mayor* grado de interferencia subjetiva eran aquellas con *patrón mixto* (elevadas actitudes disfuncionales de ambos tipos), mientras que las personas de

²⁰ Ítem 6: "A pesar de que repetía en voz alta las palabras del oído derecho, las del oído izquierdo resonaban en mi cabeza". Ítem 8: "Durante la tarea, me estaba enterando de las palabras del oído izquierdo". Ítem 9: "Aunque intentara lo contrario, mi atención se desviaba al contenido del oído izquierdo".

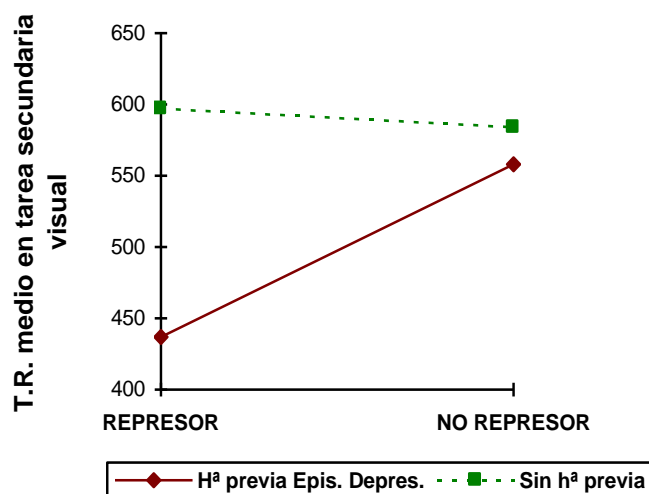
patrón sociotrópico eran las que menor interferencia referían en todos los ítems, acompañadas de las personas de perfil “autónomo” en los ítems 6 y 9.

Otras medidas relacionadas con el rendimiento atencional (II):

Estilo Represor

Con el fin de examinar el efecto del Estilo represor de afrontamiento se introdujo esta variable como factor de clasificación en un ANCOVA 2x2x2 (Estilo Represor x Historia de episodio depresivo mayor x Valencia, controlando Estado depresivo actual). Se confirmó un efecto de interacción significativo del Estilo Represor con la Historia previa de episodios depresivos sobre el *tiempo de reacción en la tarea secundaria a la escucha dicótica*, de modo que el estilo represor sólo generaba diferencias cuando se combinaba con una *historia previa de episodios depresivos*, tardando significativamente *menos* que el resto (tanto comparados con no represores que habían tenido un episodio depresivo a lo largo de su vida como comparados con represores que no habían atravesado un episodio depresivo nunca). Los resultados se muestran en el gráfico 5.

Gráfico 5. Tiempo de Reacción en tarea secundaria de escucha dicótica en función del Estilo Represor y la Historia depresiva previa (corregido efecto de sintomatología depresiva).



En cuanto a la relación del Estilo represor con el uso de estrategias compensatorias durante las tareas experimentales, al igual que en otras medidas de cuestionario, se observa una tendencia a puntuaciones más bajas que el resto de participantes en el inventario WBSI (U Mann-Whitney = 958; $p < 0,001$).

En el conjunto de ítems sobre la dificultad percibida en la tarea de escucha dicótica, se encontraron diferencias significativas en función del estilo represor en los ítem 4 (U Mann-Whitney = 1329; $p < 0,05$) y 7 (U Mann-Whitney = 1245; $p < 0,01$)²¹, de nuevo con puntuaciones inferiores en el caso de los represores. Ambos ítems hacían referencia a la presencia de cogniciones intrusivas (en forma de pensamientos o imágenes).

Del mismo modo, el Estilo represor se asociaba con puntuaciones significativamente más bajas en las escala globales de Autonomía ($t_{141} = 2,44$, $p < 0,05$) y Sociotropía ($t_{141} = 2,59$; $p < 0,01$).

Otras medidas relacionadas con el rendimiento atencional (III):

Intentos de Supresión de pensamientos

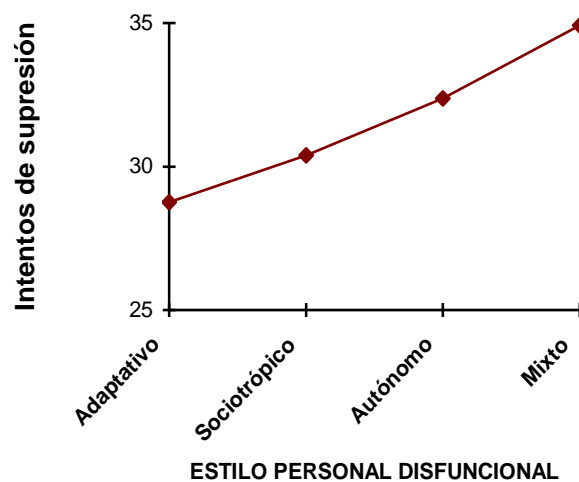
A pesar de que la variable “intentos de supresión” fue la única medida de cuestionarios que se relacionaba de forma significativa con una medida de rendimiento de la tarea de escucha dicótica (más intentos de supresión se relacionaban con menos errores en la condición positiva de escucha dicótica), su efecto como covariable no fue significativo en ningún análisis de covarianza, por lo que se excluyó de los análisis finales.

Con el fin de contrastar las diferencias en supresión de pensamientos generadas por los Estilos Personales, se realizó un análisis de covarianza introduciendo como factor de clasificación el Estilo Personal y como covariable la sintomatología depresiva activa (dada la elevada correlación positiva de esta variable

²¹ Ítem 4: “Me venían imágenes relacionadas con lo que escuchaba en el oído izquierdo que no podía controlar”. Ítem 7: “Me venían pensamientos relacionados con lo que escuchaba en el oído izquierdo que no podía para”.

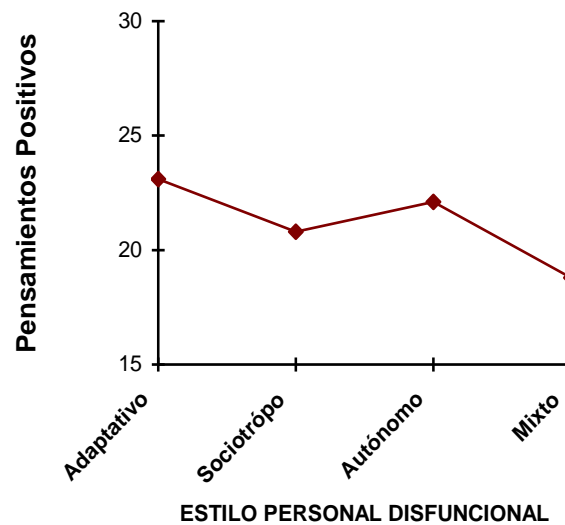
con la supresión de pensamiento). Se confirmaron efectos principales del Estilo personal disfuncional ($F_{3,138} = 5,93$; $p < 0,01$; $\eta^2 = 11,4\%$) y de la Sintomatología depresiva ($F_{1,138} = 27,71$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 16,7\%$). En las pruebas post hoc para el análisis de efectos simples, se observó que las personas con *patrón “mixto”* mostraban los *mayores intentos de supresión*, diferenciándose significativamente de las personas de patrón “adaptativo” ($p < 0,001$) y de las personas con patrón “sociotrópico” ($p < 0,05$). Las personas de patrón autónomo se diferenciaban de forma significativa con respecto al grupo “adaptativo” ($p < 0,05$) (ver gráfico 6).

Gráfico 6. Puntuación en ítems de supresión del WBSI en función de Estilo Personal Disfuncional (corregido efecto de sintomatología depresiva)



Además, se comprobó que los Estilos Personales también predecían diferencias en los pensamientos automáticos positivos ($F_{3,139} = 2,67$; $p < 0,05$). En pruebas post-hoc, se comprobó que el patrón “adaptativo” se diferenciaba significativamente del *patrón mixto*, teniendo este último grupo la *puntuación menor*.

Gráfico 7. Puntuaciones en Pensamientos Automáticos Positivos (ATQ-RP) en función de Estilo Personal Disfuncional.



Otras medidas relacionadas con el rendimiento atencional (IV):

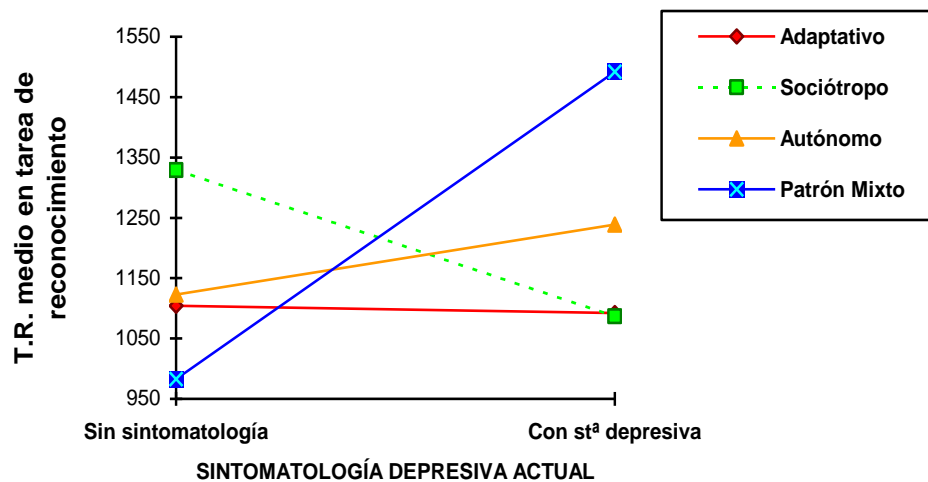
Recuerdo y reconocimiento incidental del material no atendido

El Estado depresivo actual manifestó una interacción significativa con la Valencia emocional de los estímulos en la medida de aciertos en el reconocimiento ($F_{1,125} = 3,79$; $p < 0,05$), de modo que las personas que mantenían un estado depresivo en el momento de realizar la tarea experimental, tendían a cometer significativamente más falsas alarmas en valencia positiva que las personas sin depresión (prueba post hoc de análisis de efectos simples: $F_{1,125} = 3,22$; $p < 0,05$).

Los Estilos Personales disfuncionales manifestaron un efecto principal significativo sobre la proporción de palabras emocionales evocadas en la tarea de recuerdo incidental ($F_{3, 120} = 3,32$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 7,7\%$), de modo que las personas caracterizadas por mayor *Autonomía* eran las que *menor tasa de palabras emocionales* evocaban (20,6%) frente a las personas caracterizadas por un *patrón mixto* que eran las que *más palabras emocionales* evocaban (33,5%).

Además, los Estilos Personales Disfuncionales interactuaron con el Estado depresivo actual ($F_{3,72} = 3,86$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 13,9\%$) de forma que los *mayores tiempos* de respuesta en la tarea de *reconocimiento* se observaban en las personas con *sintomatología depresiva activa* (BDI-II ≥ 12) y un *patrón mixto* (elevadas Sociotropía y Autonomía) (prueba post hoc de análisis de efectos simples: $F_{1,72} = 11,67$; $p < 0,001$). Los resultados se muestran en el gráfico 8.

Gráfico 8. Tiempo de decisión en tarea de reconocimiento en función de Estado depresivo actual y Estilo Personal.



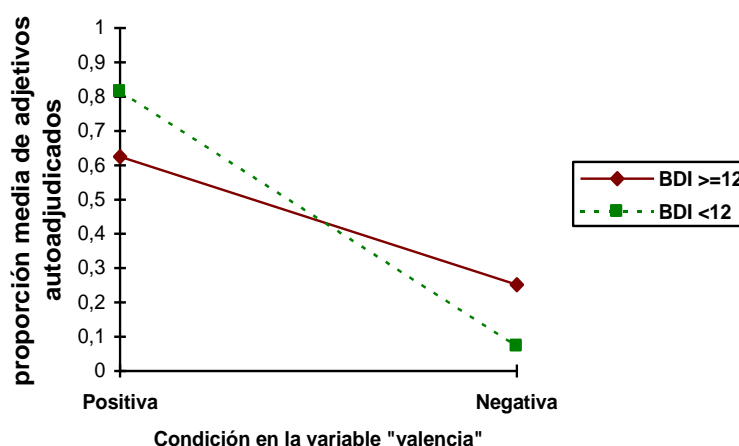
Hipótesis 2: Efectos del Estado depresivo actual, la Historia depresiva y la Vulnerabilidad cognitiva sobre los modelos de auto-representación

Medida explícita: Proporción de adjetivos auto-adjudicados

El Estado depresivo actual manifestó sus efectos sobre la proporción de adjetivos auto-adscritos de la tarea de codificación auto-referente (autovaloración explícita) en interacción con la Valencia de los descriptores ($\eta^2=20,3\%$). Si bien todos los participantes se auto-adscribían mayor proporción de adjetivos positivos que negativos, aquellos con sintomatología depresiva activa se adjudicaba *menor*

proporción de adjetivos positivos que los “normales” (prueba post hoc de análisis de efectos simples: $F_{1,120} = 17,5$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 12,7\%$), así como una *mayor proporción de adjetivos negativos* (prueba post hoc de efectos simples: $F_{1,120} = 33,5$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 21,6\%$) (ver gráfico 9).

Gráfico 9. Proporción media de adjetivos autoadjudicados en función de la Valencia emocional del estímulo y el Estado depresivo actual



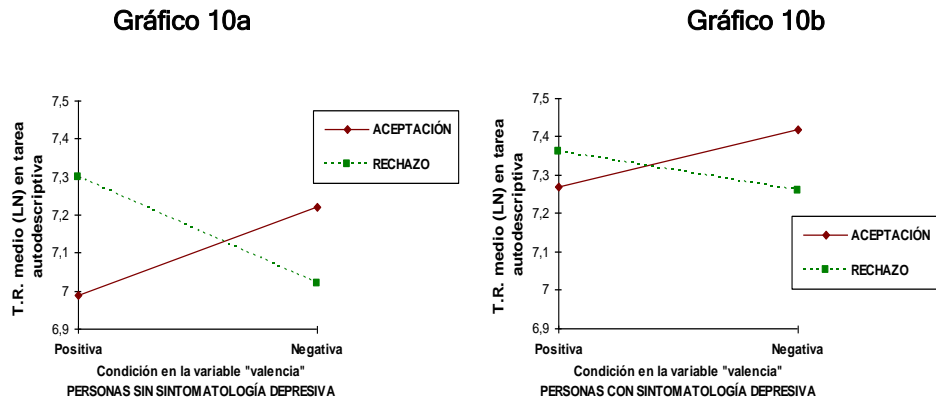
Considerando el conjunto total de adjetivos auto-adscritos (sin considerar valencia), se observó un efecto de interacción de la Historia de Episodio depresivo con los Estilos personales disfuncionales ($F_{3,120} = 2,82$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 6,6\%$) de modo que la combinación de un *patrón mixto* (Estilo personal disfuncional tanto en Sociotropía como en Autonomía) con *historia pasada de episodio depresivo* se asociaba con *menor proporción de adjetivos autoadjudicados* (prueba post hoc efectos simples: $F_{1,120} = 7,1$; $p < 0,01$).

Los Estilos Personales disfuncionales manifestaron además una interacción significativa con Valencia ($F_{3,120} = 2,77$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 6,5\%$): las personas caracterizadas por *Autonomía* eran las que *menos adjetivos negativos* se atribuían (8,7%) frente a las personas caracterizadas por *Sociotropía* que eran las que *más adjetivos negativos* se autoadjudicaban (18,4%) (post hoc efectos simples: $F_{3,120} = 3,37$; $p < 0,05$).

Medida implícita: Tiempo de respuesta en tarea de codificación auto-referente.

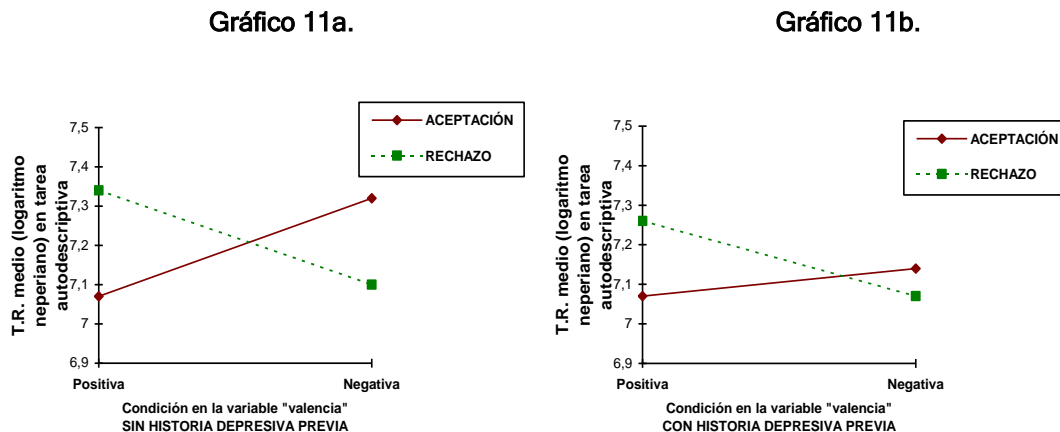
El Estado depresivo actual se relacionaba con mayores tiempos de decisión en la tarea de codificación auto-referente ($F_{1, 114} = 8,8$; $p < 0,01$; $\eta^2 = 7,2\%$). Asimismo, manifestó una interacción significativa con el Tipo de Respuesta de modo que mientras que las personas sin sintomatología depresiva tardaban más en rechazar descriptores que en aceptarlos (prueba post hoc efectos simples: $F_{1, 114} = 7,9$; $p < 0,01$) ($\eta^2 = 6,5\%$), aquellos con sintomatología depresiva activa (igual o superior a 12 en BDI-II) *no* manifestaban *diferencias* en sus tiempos de respuesta entre la *aceptación* o el *rechazo* del adjetivo como autodescriptivo. También presentó efectos de interacción con Valencia y Respuesta ($F_{1, 109} = 3,9$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 3,4\%$) sobre el tiempo de decisión en la tarea de codificación auto-referente cuando era introducido como covariable. Se realizó de forma exploratoria un análisis de covarianza introduciendo la variable dicotomizada “Estado depresivo actual” (en función de punto de corte 12) junto a Valencia y Respuesta (dado que en los diseños planteados se consideraba siempre o bien la historia previa de episodios depresivos o bien los estilos personales disfuncionales). La interacción resultó nuevamente significativa ($F_{1, 116} = 6,835$; $p < 0,01$) (ver gráfico 10). En el patrón de efectos simples observado con pruebas post hoc adquieren relevancia las diferencias no significativas. Debe recordarse que el patrón normal encontrado en esta variable consistía en tardar menos en aceptar descriptores positivos y rechazar descriptores negativos. Sin embargo, las personas que presentaban una sintomatología depresiva activa (igual o superior a 12 en BDI-II) tardaban lo mismo en responder ante adjetivos positivos, fuera su decisión aceptarlos o rechazarlos ($F_{1, 116} = 2,72$; $p > 0,05$), y en rechazar como auto-descriptivos adjetivos positivos y negativos ($F_{1, 116} = 3,5$; $p > 0,05$).

Gráfico 10. Tiempo de Decisión (logaritmo neperiano) en tarea de codificación auto-referente en función de Valencia emocional del adjetivo, la Respuesta dada (afirmativa/negativa) y el Estado depresivo actual.



Se manifestó asimismo una interacción significativa entre Historia de Episodio depresivo, Valencia y Tipo de Respuesta sobre el tiempo de respuesta en la tarea auto-descriptiva ($\eta^2 = 4,1\%$). Los resultados encontrados se muestran en el gráfico 11. En el patrón de efectos simples observado con pruebas post hoc adquieren relevancia nuevamente las diferencias no significativas: las personas con historia previa de depresión *tardaban lo mismo en responder ante adjetivos negativos*, fuera su decisión aceptarlos o rechazarlos ($F_{1,109} = 1,34$; $p > 0,05$) y *en aceptar como auto-descriptivos adjetivos positivos y negativos* ($F_{1,109} = 1,8$; $p > 0,05$).

Gráfico 11. Tiempo de respuesta (logaritmo neperiano) en tarea de codificación auto-referente en función de Valencia emocional del adjetivo, Respuesta dada (afirmativa/negativa) y la Historia de Episodio depresivo mayor (controlada sintomatología depresiva activa).



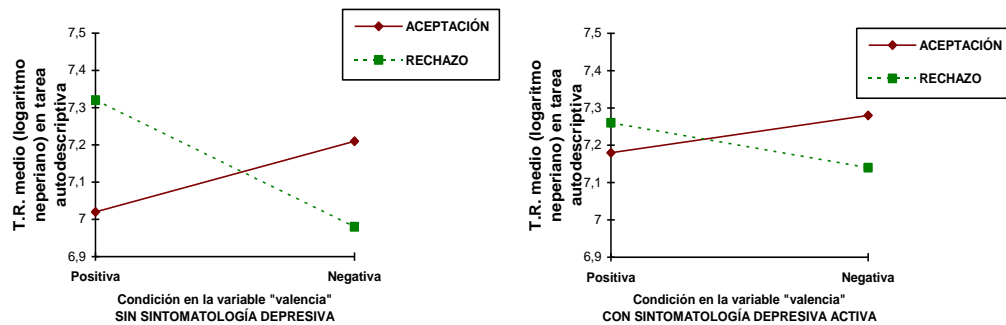
Considerando la variable Estilos Personales Disfuncionales, se manifestaba una interacción significativa entre Estado depresivo actual, Valencia, Respuesta y Estilos Personales Disfuncionales ($F_{3,110} = 3,01$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 7,6\%$). Los resultados encontrados se muestran en el gráfico múltiple 12.

El análisis de efectos simples mostró que, dentro de las personas *con* sintomatología depresiva activa (gráficos de la derecha), sólo los caracterizados como “*autónomos*” presentaban un sesgo en sus tiempos de reacción en función del tipo de respuesta (aceptación/rechazo del descriptor) y de la valencia (positiva/negativa)²². Paradójicamente, dentro de las personas *sin* sintomatología depresiva activa (gráficos de la izquierda), los caracterizados como “*autónomos*” no manifestaban diferencias en sus respuestas de aceptación/rechazo ante estímulos negativos ($F_{1,110} = 1,16$; $p > 0,10$). Tampoco los participantes caracterizados como “*sociótropos*” manifestaban diferencias en ese sentido (aceptación/rechazo de descriptores negativos) ($F_{1,110} = 3,8$; $p > 0,05$). La presencia de sintomatología depresiva ($BDI-II \geq 12$) en el *Patrón mixto* (*sociotropía y autonomía*) suponía un aumento significativo en los tiempos de respuesta al aceptar los adjetivos positivos ($F_{1,110} = 15,39$; $p < 0,001$) y rechazar los negativos ($F_{1,110} = 12,28$; $p < 0,001$).

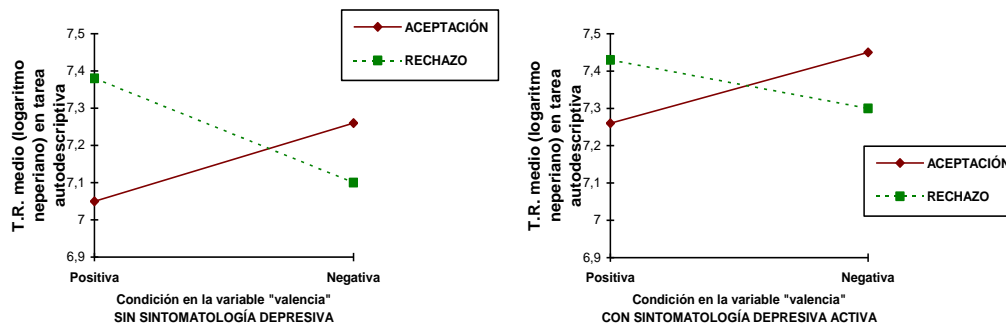
²² Efectos simples del tipo de respuesta: en nivel de valencia positiva: $F_{1,110} = 5,81$; $p < 0,05$; en nivel de valencia negativa: $F_{1,110} = 6,7$; $p < 0,01$. Efectos simples de la valencia: en respuesta afirmativa: $F_{1,110} = 7,19$; $p < 0,01$; en respuesta de rechazo: $F_{1,110} = 7,51$; $p < 0,01$

Gráfico 12. Tiempo de respuesta (logaritmo neperiano) en tarea de codificación auto-referente en función de Valencia emocional del adjetivo, Respuesta dada (afirmativa/negativa), Sintomatología depresiva activa y Estilos Personales

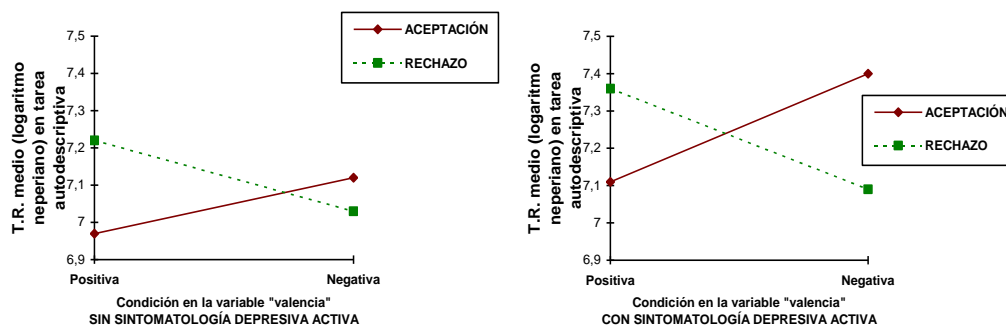
PATRÓN ADAPTATIVO



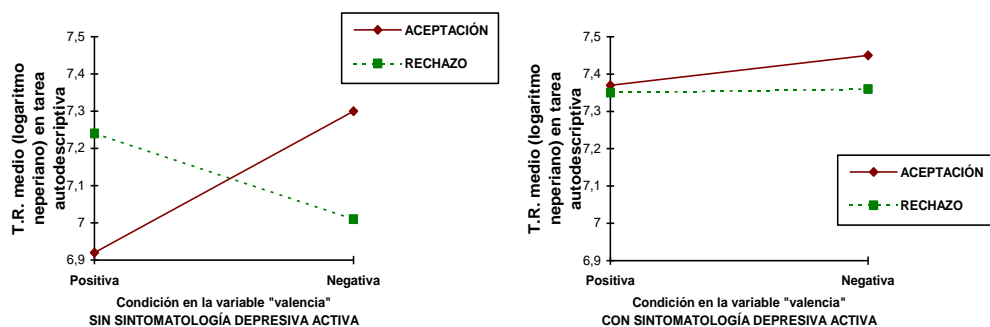
PATRÓN SOCIÓTROPO



PATRÓN AUTÓNOMO



PATRÓN MIXTO



Otras medidas relacionadas con los modelos de auto-representación:

Consolidación de Estilos Personales Disfuncionales

Analizando las correlaciones con medidas experimentales, se observó que el porcentaje (medio global) de seguridad en actitudes adaptativas correlacionaba de forma positiva con el tiempo de respuesta al rechazar adjetivos positivos en la tarea de codificación auto-referente ($r = 0,251$; $p < 0,01$) y de forma negativa con la proporción de adjetivos negativos auto-adjudicados en tarea de codificación auto-referente ($r = -0,203$; $p < 0,05$).

Hipótesis 3.1.: Relación entre sesgos atencionales y modelos de auto-representación de constructos depresivos.

Con el fin de analizar la relación entre los sesgos atencionales y los modelos de auto-representación, se realizaron correlaciones con las diferentes medidas de ambas tareas. Los resultados se muestran en la tabla 25.

Tabla 25. Correlaciones entre medidas de tarea de escucha dicótica y tarea de codificación auto-referente.

Medidas de codificación auto-referente		Medidas de rendimiento atencional			
		Medidas explícitas: proporción de errores		Medidas implícitas: tiempo de reacción	
		Condición positiva	Condición negativa	Condición positiva	Condición negativa
<i>Medidas explícitas: proporción adjetivos auto- adjudicados</i>	Positivos	-0,077	-0,062	-0,115	-0,059
	Negativos	0,011	0,039	0,173*	0,104
<i>Medidas implícitas: Tiempos de respuesta</i>	Positivos-Aceptación	0,131	0,152	0,163	0,189*
	Positivos-Rechazo	0,093	0,106	0,034	0,128
	Negativos-Aceptación	0,023	0,068	0,077	0,100
	Negativos-Rechazo	0,068	0,139	0,186*	0,195*

*: $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

No se constató ninguna correlación significativa de la tarea autodescriptiva (de codificación auto-referente) con la medida *explícita* de rendimiento atencional (proporción de errores en seguimiento de escucha dicótica). Sí se observaron, sin embargo, con la medida *implícita* (tiempos de reacción): el deterioro en el autoconcepto explícito (mayor proporción de adjetivos negativos autoadjudicados) se acompañó de mayor dificultad para desengancharse de adjetivos positivos en la tarea atencional (mayores tiempos de reacción mientras escuchaban adjetivos positivos en el canal izquierdo). Esta dificultad para desengancharse de adjetivos positivos se relacionó también con mayores tiempos de respuesta (más inseguridad o dudas) al rechazar adjetivos de carácter negativo como auto descriptivos. La dificultad para desengancharse de adjetivos negativos en la tarea de seguimiento de escucha dicótica se relacionó a su vez con mayores tiempos de respuesta para aceptar adjetivos de carácter positivo y rechazar adjetivos de carácter negativo.

Hipótesis 3.2.: Relación de la activación de esquemas emocionales negativos con sesgos atencionales y modelos de auto-representación de constructos depresivos.

Con el fin de explorar las relaciones entre las medidas de recuerdo y reconocimiento con las tareas principales de escucha dicótica y codificación auto-referente, se analizaron también las correlaciones entre sus medidas. Los resultados significativos se muestran en las tablas 26 y 27 (se excluyen las medidas de recuerdo y reconocimiento que no manifestaron ninguna correlación significativa).

Tabla 26. Correlaciones significativas entre medidas de tarea de escucha dicótica y medidas de recuerdo y reconocimiento incidental.

Medidas de rendimiento atencional		<i>Proporción de recuerdo de palabras positivas</i>	<i>Criterio de respuesta en reconocimiento de adjetivos positivos</i>
<i>Medidas explícitas: proporción de errores</i>	Condición positiva	0,222*	-0,240**
	Condición negativa	0,167	-0,182*
<i>Medidas implícitas: tiempo de reacción</i>	Condición positiva	0,098	-0,021
	Condición negativa	0,036	0,040

*: p<0,05 **p<0,01

Tabla 27. Correlaciones significativas entre medidas de tarea de codificación auto-referente y medidas de recuerdo y reconocimiento incidental.

Medidas de codificación auto-referente		<i>Proporción de recuerdo de palabras negativas</i>	<i>Proporción de aciertos en reconocimiento de adjetivos negativos</i>	<i>Sensibilidad en el reconocimiento de adjetivos positivos</i>
<i>Medidas explícitas: proporción adjetivos auto-adjudicados</i>	Positivos	-0,117	-0,130	0,182*
	Negativos	0,195*	0,166*	-0,123
<i>Medidas implícitas: Tiempos de respuesta</i>	Positivos-Aceptación	0,063	0,066	-0,145
	Positivos-Rechazo	-0,046	-0,058	-0,090
	Negativos-Aceptación	0,078	-0,122	0,060
	Negativos-Rechazo	0,127	0,044	-0,124

*: p<0,05 **p<0,01

Puede observarse que tanto en la escucha dicótica como en la codificación auto-referente, las *medidas implícitas* no mostraron relaciones significativas con ninguna medida de recuerdo o reconocimiento.

En cuanto a las relaciones observadas con las medidas atencionales, se observa que la proporción de errores en la condición positiva de escucha dicótica correlacionó positivamente con la proporción de palabras positivas evocadas en la tarea de recuerdo incidental, pero no ocurrió así con sus equivalentes en condición negativa (mayor proporción de errores en condición negativa no correlaciona con la proporción de palabras negativas evocadas en recuerdo incidental).

En la tarea de codificación auto-referente, la proporción de adjetivos positivos autoadjudicados correlacionó positivamente con la sensibilidad en el reconocimiento de

los mismos, de forma que aquellos que se atribuían más descriptores positivos mostraban previamente mayor capacidad para discriminar correctamente qué adjetivos habían aparecido en la tarea de escucha y cuáles no. Es interesante observar, sin embargo, que aquellos que se adjudicaban más descriptores negativos tendían a recordar más palabras negativas de la tarea de escucha y a acertar más en el reconocimiento de los adjetivos negativos pero *no* a discriminar mejor.

<p><i>Hipótesis 4: Predicción de depresión.</i></p>
--

Análisis factorial previo.

Dada la multiplicidad de medidas de rendimiento en las tareas experimentales y las correlaciones observadas entre ellas, se valoró la posible agrupación de variables de rendimiento en las tareas experimentales mediante análisis factorial²³, llegando a una solución de seis factores, que se presentan en la tabla 28.

El primer factor agrupaba las variables que medían tiempos de respuesta en la tarea de codificación auto-referente. Dado que esta medida se planteó como indicador de la inestabilidad del autoesquema (mayores tiempos de respuesta supondrían mayor inseguridad e inestabilidad en autoesquemas), al factor que las agrupaba se le denominó de esa forma.

El segundo factor agrupaba las proporciones de adjetivos autoadjudicados en la tarea de codificación auto-referente, con saturación positiva de los adjetivos depresivos negativos y negativa de los positivos, por lo que se le denominó “autoesquema depresivo”.

²³ Método de extracción de factores: análisis de componentes principales. Criterio de extracción: autovalor > 1. Rotación: Normalización Varimax con Kaiser. No se incluyeron las variables de “criterio de respuesta” tras comprobar que su exclusión mejoraba el criterio de adecuación del modelo y la solución factorial. En las soluciones en las que se incluían estas variables o bien se agrupaban juntas o bien se asociaban a otras medidas de reconocimiento.

Tabla 28. Factores extraídos en el análisis factorial sobre las medidas de las tareas experimentales.

Varianza total explicada: 72,6%	
<u>Factor 1: Inestabilidad del autoesquema (16,7%)</u>	
<i>Variable</i>	<i>Saturación en el factor</i>
Tiempo de respuesta al rechazar adjetivos negativos	0,811
Tiempo de respuesta al rechazar adjetivos positivos	0,799
Tiempo de respuesta al aceptar adjetivos positivos	0,794
Tiempo de respuesta al aceptar adjetivos negativos	0,757
<u>Factor 2: Autoesquema depresivo (12,6%)</u>	
<i>Variable</i>	<i>Saturación en el factor</i>
Proporción de adjetivos positivos autoadjudicados	-0,853
Proporción de adjetivos negativos autoadjudicados	0,820
<u>Factor 3: Sesgo atencional implícito (11,6%)</u>	
<i>Variable</i>	<i>Saturación en el factor</i>
Tiempo de reacción en tarea secundaria en condición negativa	0,948
Tiempo de reacción en tarea secundaria en condición positiva	0,935
<u>Factor 4: Sesgo atencional explícito (11,5%)</u>	
<i>Variable</i>	<i>Saturación en el factor</i>
Proporción de errores en seguimiento e. dicótica-condición positiva	0,925
Proporción de errores en seguimiento e. dicótica-condición negativa	0,898
<u>Factor 5: Activación de significados negativos (11,1%)</u>	
<i>Variable</i>	<i>Saturación en el factor</i>
Sensibilidad en reconocimiento de palabras negativas	0,836
Proporción de aciertos en reconocimiento de palabras negativas	0,816
Proporción de recuerdo negativo	0,588
<u>Factor 6: Activación de significados positivos (9,1%)</u>	
<i>Variable</i>	<i>Saturación en el factor</i>
Proporción de recuerdo positivo	0,704
Proporción de aciertos en reconocimiento de palabras positivas	0,652
Sensibilidad en reconocimiento de palabras positivas	0,460

El tercer factor aglutinó los tiempos de reacción en la tarea secundaria de escucha dicótica. Dado que se trataba de una medida de rendimiento atencional menos susceptible de control voluntario, se denominó a este factor “sesgo atencional implícito”.

Un cuarto factor aglutinaba las proporciones de errores cometidos en la tarea de seguimiento de escucha dicótica. Dado que los errores en esta tarea se consideraban producidos por la interferencia provocada por significados emocionales del canal no atendido frente a los significados neutros a los que el participante debía atender, con una mayor conciencia de los mismos que la medida de tiempo de reacción, se denominó a este factor “sesgo atencional explícito”.

En quinto lugar se agrupaban las variables relacionadas con recuerdo y reconocimiento de estímulos negativos. Dado que el rendimiento en estas tareas implicaba a activación de los significados evocados por la tarea previa (escucha dicótica), se denominó a este factor “activación de significados negativos”.

Por último, se agrupaban también las variables relacionadas con recuerdo y reconocimiento de estímulos positivos, en un factor que se denominó “activación de significados positivos”, por las mismas razones que el factor anterior.

Dados estos resultados, las variables de rendimiento en las tareas experimentales fueron introducidas mediante las puntuaciones factoriales estimadas (por método de regresión) tanto en el análisis discriminante como en el análisis de regresión.

Predicción del riesgo depresivo: análisis discriminante.

Con el fin de identificar las características que diferencian a las personas en riesgo (con historia de episodio depresivo mayor) y crear una función capaz de distinguir con la mayor precisión posible a los miembros de uno u otro grupo (con o sin riesgo de depresión), se efectuó un análisis discriminante. Se incluyeron como variables discriminantes las medidas de vulnerabilidad cognitiva (subescalas de Sociotropía y Autonomía medidas a través del PSI-II), de protección (Pensamientos automáticos positivos) y de rendimiento en las tareas experimentales (puntuaciones factoriales). Se empleó el método de inclusión por pasos ya que permite obtener estadísticos referidos a la significación individual de cada variable introducida en la función discriminante²⁴.

Las variables que contribuyeron a discriminar significativamente entre los grupos (con y sin historia de episodio depresivo mayor) fueron, en primer lugar, el autoesquema depresivo (factor 2) y, en segundo lugar, la puntuación en la subescala “Complacer a

²⁴ La selección de variables se llevó a cabo utilizando el estadístico λ de Wilks, con un criterio de entrada de $F > 3,34$ y un criterio de salida de $F < 2,71$. El estadístico λ de Wilks expresa la proporción de variabilidad total no debida a las diferencias entre los grupos: valores próximos a 1 indican gran parecido entre los grupos mientras que los valores próximos a 0 indican gran diferencia entre ellos ($\lambda + \eta^2 = 1$).

otros” del inventario PSI-II (ver tabla 29). La función discriminante resultante a partir de las variables seleccionadas resultaba significativa ($\chi^2=31,73$; $p<0,001$) y explicaba un porcentaje de varianza de 22,3% ($\lambda=0,777$).

Tabla 29. Variables introducidas en el Análisis discriminante de Historia previa de depresión en función del rendimiento en tareas experimentales y medidas de vulnerabilidad cognitiva (PSI-II).

Paso	Variable introducida	Coefficiente estandarizado	Lambda de Wilks	F	p
1	Autoesquema depresivo	0,778	0,817	$F_{1,127} = 28,50$	$p<0,001$
2	Sociotropía: Complacer a otros	0,477	0,777	$F_{2,126} = 18,039$	$p<0,001$

No hubo variables excluidas. F parcial mínima de entrada= 3.84. F parcial máxima de salida = 2.71. Número máximo de pasos=24

La historia previa de episodios depresivos obtuvo un centroide positivo (0,870), lo que significa que las personas con historia previa de depresión tenderán a obtener una puntuación positiva en la función discriminante, mientras que las personas sin riesgo tenderán a obtener puntuaciones negativas (centroide del grupo sin historia previa:-0,324). La interpretación de los coeficientes estandarizados de cada variable discriminante apuntaría a concluir que las personas con alto riesgo de depresión se caracterizan por manifestar un autoesquema depresivo (mayor proporción de adjetivos negativos que la media y menor proporción de adjetivos positivos) y puntuaciones elevadas (superiores a la media) en la subescala “Complacer a otros” de la escala de Sociotropía del inventario PSI-II.

Predicción de la sintomatología depresiva: análisis de regresión

Con el fin de profundizar en la relación de la sintomatología depresiva activa con las medidas de vulnerabilidad cognitiva y de rendimiento en las tareas experimentales, se efectuó un análisis de regresión jerárquica. Se empleó el método de regresión por pasos con el fin de seleccionar con un criterio estadístico aquellas variables que permitieran

obtener el mejor ajuste posible²⁵. En función de un análisis correlacional previo se seleccionaron aquellas medidas con relaciones lineales significativas con la variable criterio (sintomatología depresiva):

1. **Medidas experimentales** de vulnerabilidad (bloque 1): Las medidas de tareas experimentales fueron introducidas mediante las puntuaciones factoriales estimadas (por regresión) a partir de los factores extraídos en el Análisis Factorial con el fin de reducir el número de variables predictoras y evitar la colinealidad:

- a) *Inestabilidad en el autoesquema*
- b) *Autoesquema depresivo*
- c) *Activación de significados negativos*

2. **Medidas psicométricas** de estrategias de regulación (bloque 2):

- a) *Supresión de pensamientos (inventario WBSI)*
- b) *Estilo represor (con dos valores: estilo represor/ausencia de estilo represor)*

3. **Medidas psicométricas** de vulnerabilidad cognitiva (bloque 3):

- a) *Sociotropía*
- b) *Autonomía*
- c) *Interacción* entre las dos anteriores, dado que el patrón mixto (combinación de puntuaciones elevadas en Sociotropía y Perfeccionismo) daba lugar a resultados cualitativamente diferentes en los análisis previos.

4. **Factor de riesgo** (bloque 4): *Historia de episodio depresivo*.

Los factores que se mostraron finalmente como significativos fueron el autoesquema depresivo (factor 2), la activación de significados negativos (factor 5), la inestabilidad del autoesquema (factor 1), la supresión de pensamientos (WBSI) y la interacción entre Autonomía y Sociotropía. El resumen de la construcción del modelo por

²⁵ Criterio de entrada: $p \leq 0,050$. Criterio de salida: $p \geq 0,100$.

pasos se presenta en la tabla 30. Puede observarse que el modelo final, incluyendo las cinco variables, mantenía una elevada significación estadística ($p < 0,001$). Los coeficientes estandarizados se muestran en la tabla 31.

Tabla 30. Resumen de la construcción del modelo de regresión por pasos de la sintomatología depresiva.

Modelo	Variables introducidas	R^2 ajustado	Significación del modelo (F)	Estadísticos de cambio	
				Cambio R^2	F cambio
1	Autoesquema depresivo	0,395	$F_{1, 127}=84,501^{***}$	0,400	$F_{1, 127}=84,501^{***}$
2	Autoesquema depresivo Activación de significados negativos	0,425	$F_{2, 126}=48,261^{***}$	0,034	$F_{1, 126}=7,617^{**}$
3	Autoesquema depresivo Activación de significados negativos Inestabilidad del autoesquema	0,449	$F_{3, 125}=35,709^{***}$	0,028	$F_{1, 125}=6,439^{**}$
4	Autoesquema depresivo Activación de significados negativos Inestabilidad del autoesquema Supresión de pensamientos	0,533	$F_{4, 124}=37,560^{***}$	0,086	$F_{1, 124}=23,678^{***}$
5	Autoesquema depresivo Activación de significados negativos Inestabilidad del autoesquema Supresión de pensamientos Sociotropía x Autonomía	0,558	$F_{5, 123}=33,277^{***}$	0,027	$F_{1, 123}=7,848^{**}$

Tabla 31. Coeficientes tipificados de las variables significativas en el análisis de regresión de la sintomatología depresiva.

Modelo (Ecuación)	Predictores	Coefficiente estandarizado (β)	t
1	Autoesquema depresivo	0,632	9,19***
2	Autoesquema depresivo	0,632	9,43***
	Activación de significados negativos	0,185	2,76**
3	Autoesquema depresivo	0,632	9,630***
	Activación de significados negativos	0,185	2,819**
	Inestabilidad del autoesquema	0,167	2,538**
4	Autoesquema depresivo	0,539	8,514***
	Activación de significados negativos	0,155	2,561**
	Inestabilidad del autoesquema	0,142	2,339*
	Supresión de pensamientos	0,311	4,866***
5	Autoesquema depresivo	0,476	7,260***
	Activación de significados negativos	0,138	2,321*
	Inestabilidad del autoesquema	0,124	2,082*
	Supresión de pensamientos	0,230	3,368***
	Sociotropía x Autonomía	0,204	2,801**

Manteniendo el orden de importancia o peso de las variables predictoras, la ecuación final se representaría de la siguiente manera:

$$z_Y' = +0,476 z_{X1} + 0,230 z_{X2} + 0,204 z_{X3} + 0,138 z_{X4} + 0,124 z_{X5}$$

Donde: z_Y' es la predicción de puntuación típica en sintomatología depresiva

z_{X1} es la medida factorial en puntuaciones típicas de autoesquema depresivo

z_{X2} es la medida en puntuaciones típicas en Supresión de pensamientos

(inventario WBSI).

z_{X3} es la medida en puntuaciones típicas de la interacción (producto) de las puntuaciones en las escalas de Sociotropía y Autonomía del inventario PSI-II.

z_{X4} es la medida factorial en puntuaciones típicas de activación de significados negativos.

z_{X5} es la medida factorial en puntuaciones típicas de inestabilidad del autoesquema

Quedaron excluidas del modelo definitivo Estilo represor, Sociotropía, Autonomía y la historia de episodio depresivo previo (ver tabla 32).

Tabla 32. Variables excluidas del análisis de regresión por pasos.

	Coefficiente estandarizado (β) dentro	t	p	Correlación parcial	Estadístico de colinealidad: Tolerancia²⁶
Estilo represor	-0,066	-1,053	0,295	-0,095	0,870
Sociotropía	-0,039	-0,451	0,653	-0,041	0,454
Autonomía	0,060	0,640	0,523	0,058	0,400
Historia depresiva previa	0,069	1,022	0,309	0,092	0,748

La interpretación de los coeficientes estandarizados de cada predictor apuntaría a concluir que las personas con sintomatología depresiva se caracterizan por:

²⁶ La tolerancia refleja la proporción de varianza de esa variable que no está asociada al resto de variables independientes incluidas en la ecuación. Valores de tolerancia muy pequeños indican que esa variable puede ser explicada por una combinación lineal del resto de variables, lo cual significa que existe colinealidad (correlación lineal entre las variables predictoras).

- a) manifestar un autoesquema depresivo (mayor proporción de adjetivos negativos que la media y menor proporción de adjetivos positivos);
- b) mayores intentos de supresión;
- c) mayores puntuaciones en Autonomía y Sociotropía;
- d) mayor activación de significados negativos (mayor tasa de recuerdo de palabras negativas y mejores tasas de acierto y sensibilidad en reconocimiento de estímulos negativos);
- e) mayor inestabilidad del autoesquema, manifiesta en mayores tiempos de respuesta en la tarea de codificación auto-referente.

5.3. Discusión de resultados

5.3.1. Hipótesis 1: Sesgos atencionales específicos

En relación a la primera hipótesis planteada en este estudio (comprobar la existencia de sesgos atencionales específicos hacia información emocional de tipo depresivo), se descarta un déficit atencional general asociado a vulnerabilidad a la depresión o sintomatología depresiva, dado que no hay diferencias en el rendimiento ante estímulos neutros.

A nivel de muestra global, la coherencia de los resultados de escucha dicótica con los de recuerdo y reconocimiento incidental (mayor interferencia y mayor recuerdo y reconocimiento de adjetivos negativos) apunta a un procesamiento semántico de los estímulos no atendidos, si bien no puede asegurarse si el deterioro atencional ante los estímulos de valencia negativa responde a la emocionalidad o a la frecuencia subjetiva de uso.

En cuanto a los sesgos atencionales asociados a sintomatología depresiva activa (hipótesis 1.1), se confirma una relación de los síntomas medidos a través del BDI-II con

interferencia en la medida *implícita* de sesgo atencional (mayores tiempos de reacción en la tarea secundaria). Al no existir interacción con la valencia emocional de los estímulos, se infiere que tanto el material positivo como el negativo es susceptible de generar interferencia en una persona con estado depresivo activo.

En relación a los sesgos atencionales asociados a riesgo de depresión por historia previa de episodio depresivo (hipótesis 1.2), el único efecto principal significativo encontrado entra en contradicción con lo observado en el estudio 1. Mientras que en el estudio previo, la Historia de episodios depresivos se relacionaba con tiempos de respuesta más prolongados ante los estímulos visuales, en el presente estudio se invertía la relación (tardaban *menos* en responder aquéllos con historia previa de depresión). Distintos factores contribuyen a explicar esta aparente contradicción. En primer lugar, este efecto principal era significativo en el estudio 1 cuando no se controlaba como covariable la sintomatología depresiva. Sin embargo, en el presente estudio el efecto sólo se manifestaba cuando se controlaba la sintomatología depresiva como covariable. En segundo lugar, el tiempo de reacción medido se da ante diferentes tipos de estímulos visuales: mientras que en el estudio 1 los estímulos consistían en iconos faciales sonrientes, tristes y neutros, en el estudio 2 era siempre el mismo, de carácter totalmente neutro (círculo en blanco). En tercer lugar, la interacción del estilo represor con la historia de episodios depresivos sobre el tiempo de reacción en la tarea secundaria podría explicar ese resultado. Aquellos participantes con estilo represor que habían presentado algún episodio depresivo a lo largo de su vida *tardaban* significativamente *menos* que el resto. El estilo represor conseguiría, con un procesamiento superficial, evitar la interferencia pero sólo en el caso de personas con historia previa de depresión.

La interacción del estilo represor con la historia previa remite a la consideración del estilo represor como un rasgo dinámico en interacción con variables contextuales, confirmándose la teoría de vigilancia-evitación de Derakshan et al. (2007) con resultados

similares a los encontrados por Mendolia (2002), Myers y Derakshan (2004b) y Newman y McKinney (2002). Al tratarse de una forma de afrontamiento, las estrategias propias del estilo represor sólo se ponen en funcionamiento cuando el contenido de los estímulos a procesar se manifiesta como auto-amenazante en un análisis previo de los mismos. Haber atravesado una experiencia afectiva tan negativa como un episodio depresivo puede hacer claramente que adjetivos relacionados con tal experiencia se conviertan en auto-amenazantes: las personas con estilo represor identificarían esta amenaza en un rápido análisis previo (estadio de vigilancia) poniendo en marcha a continuación estrategias distanciadoras y distractoras frente al material interpretado como estresante.

La ausencia de resultados similares en la otra medida de rendimiento atencional, los errores de seguimiento, donde se ha demostrado previamente el efecto del estilo represor (Bonanno et al., 1991), puede estar asociada al efecto techo observado en la misma al tratarse de una medida más susceptible de control voluntario que los tiempos de reacción. De hecho, en el cuestionario de dificultad subjetiva en la tarea de escucha dicótica, las personas con historia previa de episodios depresivos sí referían dificultades (puntuando más alto en el ítem que refería “pensamientos relacionados con lo escuchado en el oído izquierdo que no podía parar”).

En cuanto a los sesgos atencionales asociados a vulnerabilidad cognitiva a la depresión (hipótesis 1.3), se observa que, de los cuatro estilos personales analizados (adaptativo, sociótropo, autónomo y mixto), el *patrón autónomo* se asociaba con un mejor rendimiento en las medidas atencionales (menos errores de seguimiento en escucha dicótica y menos tiempo de reacción en la tarea secundaria aun presentando sintomatología depresiva). Es posible que, en general, las personas de patrón “autónomo” puedan superar mejor la tendencia a ser distraídos por material emocional por no tratarse de significados con amplio desarrollo en su sistema de constructos (recuérdese que estas personas se caracterizan en el área socioafectiva por la necesidad de control y separación

defensiva). La mínima proporción de recuerdo emocional en este grupo y la puntuación más elevada en supresión de pensamientos, junto al patrón mixto, apoyan esta explicación.

Las estrategias de supresión de pensamiento, sin embargo, no tendrían un efecto tan positivo en las personas caracterizadas por un *patrón mixto* que, sin ver deteriorado su rendimiento atencional, sí manifestaban un mayor grado de interferencia subjetiva. Precisamente el patrón mixto era el grupo que mayor proporción de palabras emocionales evocaba en la tarea de recuerdo incidental, al contrario que el patrón autónomo.

Comparando el funcionamiento del patrón autónomo en el presente estudio con los resultados obtenidos en el estudio 1, se observan tendencias contradictorias asociadas a variables con componentes comunes. Aunque la escala de Logro del cuestionario DAS difiere de la escala de Autonomía del inventario PSI-II en muchos aspectos, también comparten significados relacionados con el perfeccionismo, la competitividad y la separación defensiva. A pesar de estas similitudes, mientras que en el presente estudio 2 se encuentra un efecto de *facilitación* en las personas de patrón “autónomo”, en el estudio 1 se observaba un efecto de interferencia en las personas caracterizadas por un patrón de “Logro” *con historia previa de episodios depresivos* (tardaban *más* en responder a la tarea secundaria) cuando escuchaban por el oído izquierdo adjetivos positivos. Una posible explicación es que la escala PSI-II esté midiendo más aspectos funcionales o adaptativos y el cuestionario DAS enfatice más los aspectos desadaptativos. Por otro lado, es importante diferenciar historia depresiva previa (interacción en estudio 1) de estado depresivo actual (interacción en estudio 2). Debe recordarse que la presencia de sintomatología depresiva medida en esta investigación no implicaba la existencia de un episodio depresivo sino síntomas afectivos que podrían derivar en un trastorno en el caso de aumentar en cronicidad y/o gravedad. Así, es posible que las personas de patrón

autónomo vivan como una amenaza sus síntomas depresivos²⁷ y, ante tal amenaza, intenten conseguir resultados que desconfirman la posibilidad de percibirse como deprimidos poniendo en marcha estrategias compensatorias.

En síntesis, en cuanto a la presencia de sesgos atencionales específicos relacionados con la depresión y la vulnerabilidad a la depresión (hipótesis 1), se observan sesgos atencionales asociados a sintomatología depresiva, riesgo depresivo (historia previa) y vulnerabilidad cognitiva. Destaca la necesidad de medidas implícitas para la detección de sesgos atencionales en depresión, así como la importancia de considerar el estilo represor en las personas con historia depresiva previa. En cuanto a la vulnerabilidad cognitiva, al igual que en el estudio 1, no se encuentran sesgos atencionales en relación al patrón sociótropo. De forma inesperada, el patrón autónomo destaca como el más resistente a los sesgos atencionales, en probable relación con los intentos de supresión cognitiva.

5.3.2. Hipótesis 2: Modelo de auto-representación

Se confirma la existencia de un modelo de auto-representación negativo a nivel explícito e implícito en personas deprimidas actualmente (hipótesis 2.1.). A nivel explícito, las personas con estado depresivo activo ($BDI-II \geq 12$) se atribuían significativamente menos adjetivos positivos y más negativos que el resto de muestra; de hecho, la sintomatología depresiva podía ser predicha a partir del factor “autoesquema depresivo”. A nivel implícito, el deterioro se observó en una *inestabilidad* general en el autoesquema (mayores tiempos de respuesta en toda la tarea de codificación auto-referente, predictor significativo en el análisis de regresión) y en la *ausencia de sesgos positivos* (ausencia de sesgos en función de valencia y en función del tipo de respuesta

²⁷ Por ejemplo, el ítem 10 de esta escala enuncia “Cuando estoy triste, no me gusta que me compadezcan”; junto con otros ítems de esta escala evoca una interpretación de las emociones, especialmente de la tristeza, como signo de debilidad o inferioridad.

de aceptación o rechazo, cuando lo “normal” era una respuesta más rápida en la aceptación de adjetivos positivos y en el rechazo de adjetivos negativos).

En personas no deprimidas en riesgo de depresión (por historia previa de episodios depresivos), se confirmó un autoesquema positivo a nivel explícito y negativo a nivel implícito (hipótesis 2.2). No se observaron diferencias significativas en el modelo explícito de auto-representación (proporción de adjetivos autoadjudicados) cuando se controlaba la sintomatología depresiva activa, por lo que se infiere que cuando las personas con antecedentes depresivos se atribuyen más adjetivos negativos es por efecto de la sintomatología depresiva activa y no por la historia previa de depresión. A nivel implícito, sin embargo, a pesar de controlar la sintomatología depresiva actual como covariable, se manifestó un *sesgo negativo* de modo que tardaban menos en aceptar lo negativo. Parece por tanto que la negatividad del autoconcepto a nivel implícito en las personas en riesgo de depresión se detecta ante los descriptores negativos, y su protección y diferencia ante un estado depresivo manifiesto es la capacidad de mantener un autoesquema positivo a pesar del autoesquema negativo implícito. Todo ello puede ser tomado como indicador de la peor consolidación del autoesquema, planteando la existencia de un autoesquema latente negativo que, a pesar de no ser reconocido a nivel explícito, puede mantener su influencia en el procesamiento de la información.

En personas no deprimidas con vulnerabilidad cognitiva a la depresión (estilos personales disfuncionales), no se confirma de forma general la hipótesis de un autoesquema positivo a nivel explícito y negativo a nivel implícito (hipótesis 2.3) dado que se observan diferencias en función del tipo de vulnerabilidad, pero no entre el nivel “adaptativo” y el resto de niveles como se esperaba.

A nivel explícito, se observa que el patrón que muestra mejor autoconcepto (menor proporción de adjetivos negativos auto-atribuidos) es el “autónomo” (y no el patrón “adaptativo” tal como se esperaba). El patrón que muestra peor autoconcepto explícito es

el patrón sociótrofo (y no el patrón mixto). El patrón mixto resultaba en la manifestación de una actitud *conservadora* a nivel explícito (rechazo de adjetivos tanto positivos como negativos relacionados con la depresión como autodescriptores) cuando se combinaba con historia de episodio depresivo, lo que hace hipotetizar una función defensiva negadora o evitativa (dado que son participantes con una elevada probabilidad de identificación con adjetivos depresivos).

A nivel implícito, se observa una interacción con el estado depresivo actual de modo que el *patrón autónomo* y el *patrón sociótrofo* manifestaban un sesgo negativo en ausencia de depresión (no discriminan aceptación/rechazo de descriptores negativos). Paradójicamente, el patrón autónomo exhibía una *normalización* de los tiempos de respuesta, mostrando los sesgos autoprotectores “normales” (tardar menos en aceptar lo positivo y en rechazar lo negativo) en caso de sintomatología depresiva activa. Sin embargo, la combinación de un estado depresivo activo con un *patrón mixto* resultaba en un aumento significativo de los tiempos de respuesta en aceptación de adjetivos positivos y rechazo de negativos.

Una posible explicación al paradójico resultado en el patrón “autónomo” es que su funcionamiento *normal* (no deprimido) esté caracterizado por un buen autoconcepto a nivel explícito (de ahí una menor auto-adscripción de adjetivos negativos) pero altos niveles de autocrítica a nivel implícito (de ahí la mayor facilidad reflejada en tiempos de reacción para aceptar lo negativo). Con síntomas incipientes de depresión sin embargo podría ponerse en marcha el sesgo autoprotector como estrategia de regulación que evitara la *amenaza* de cronificación y/o agudización de los síntomas. ¿Por qué en estas personas y no en otras? Según los datos, parece que las personas altas en *Autonomía*, a pesar de poder ser autocríticas y perfeccionistas, mantienen un buen autoesquema positivo disponible. Este autoesquema no se anula ante sintomatología depresiva, únicamente se cuestiona: ante este cuestionamiento, si la persona dispone de

autoesquemas positivos puede afrontar la amenaza de la autoevaluación negativa reafirmandose más en sus autoesquemas positivos registrados. En la experiencia clínica, se observa en ocasiones a personas con perfil alto en autonomía que, en experiencias previas de malestar o sintomatología depresiva *leve*, manifiestan “haberse crecido ante la dificultad”, en una interpretación de las dificultades anímicas como reto o desafío a afrontar y superar. Es posible que el resultado observado pueda reflejar una vivencia similar.

Dadas las diferencias entre las personas caracterizadas por un patrón “autónomo” y un patrón “mixto” a pesar de que ambos grupos compartían el hecho de obtener puntuaciones superiores a la mediana en Autonomía, se analizó la posibilidad de que se diferenciaron en sus puntuaciones medias en Autonomía o en alguna de sus escalas (Perfeccionismo, Necesidad de Control, Separación Defensiva). No se encontró sin embargo ninguna diferencia significativa, lo que apunta a que la combinación de Autonomía y Sociotropía (patrón “mixto”) implica un factor de riesgo cualitativamente diferente a la contribución que puede suponer cada factor por separado.

En síntesis, en cuanto a los modelos de auto-representación relacionados con la depresión y la vulnerabilidad a la depresión (hipótesis 2), se confirma un modelo negativo a nivel explícito e implícito en personas deprimidas actualmente (hipótesis 2.1.), y un modelo positivo a nivel explícito y negativo a nivel implícito en personas no deprimidas en riesgo de depresión (hipótesis 2.2.). El efecto de la vulnerabilidad cognitiva (hipótesis 2.3) es más complejo de lo esperado, funcionando el *patrón mixto* (elevadas Sociotropía y Autonomía) como un factor de vulnerabilidad que acentúa el efecto negativo de la depresión actual o la historia previa y el *patrón autónomo* como un posible factor de protección.

5.3.3. Hipótesis 3: Relación entre sesgos atencionales y modelos de auto-representación

La medida atencional relacionada con los modelos de auto-representación es claramente la medida implícita, que mostró correlaciones significativas con las medidas explícita e implícita de auto-representación. La medida explícita (proporción de errores) no confirmó sin embargo ninguna relación significativa con estos indicadores. El posible efecto techo y la controlabilidad de este indicador por el participante pueden ser las claves de esta ausencia de relación.

Por otra parte, las medidas implícitas (de sesgo atencional y de modelo de auto-representación) no mostraron relaciones significativas con ninguna medida de recuerdo o reconocimiento, lo que apunta a la posibilidad de sesgos y/o estrategias de control en función de la valencia en el recuerdo incidental. Ello no descarta la posible relación de los sesgos atencionales con una mayor elaboración o procesamiento del contenido emocional del material distractor, pero indica que los esquemas previos de la persona y su motivación para regular el estado de ánimo pueden sesgar el recuerdo y/o la explicitación del mismo en una dirección incongruente con el sesgo atencional pero congruente con los propios esquemas y la regulación afectiva más adaptativa.

En las personas con estado depresivo actual, destaca la mayor proporción de falsas alarmas en el reconocimiento de estímulos positivos. De algún modo, puede considerarse que las personas con síntomas depresivos no tendrían un sistema de constructos tan desarrollado o especializado en el ámbito positivo, de forma que discriminan peor entre los adjetivos que realmente habían aparecido en la tarea de escucha dicótica y aquellos que constituían distractores. Complementa este dato el hecho de que en el análisis de regresión se señalara como significativo en la predicción de sintomatología depresiva al factor “activación de significados negativos” (compuesto por tasa de evocación de palabras negativas y tasas de acierto y sensibilidad en

reconocimiento de estímulos negativos). Estos resultados son compatibles con inferir una *mayor consistencia en la organización de información negativa auto-referente* en las personas con sintomatología depresiva, si bien la explicación puede encontrarse no sólo en una mayor organización sino también en la accesibilidad de información negativa, activada por los síntomas afectivos.

5.3.4. Hipótesis 4: Predicción de la sintomatología depresiva

Si bien el objetivo de predecir la sintomatología depresiva a partir del resto de variables se aborda de forma más completa en el estudio 3, en este estudio se realizó una primera aproximación observando la relevancia del autoesquema depresivo, la inestabilidad del autoesquema, la activación de significados negativos, los intentos de supresión de pensamientos y la interacción de Sociotropía y Autonomía.

En líneas generales, podría inferirse que las rígidas bases para autovaloración que suponen Sociotropía y Autonomía serían el origen de la **inestabilidad del autoesquema**, facilitando la tendencia a valorar el sí mismo como negativo o inaceptable ante el incumplimiento de las condiciones de valor (autoesquema negativo). El desarrollo del autoesquema negativo, aun latente, facilitaría **sesgos atencionales** a información auto-relevante, especialmente en situaciones más demandantes en las que la persona no pudiera mantener mecanismos de compensación. Estos sesgos atencionales promoverían a su vez una **activación de significados negativos** facilitando la aparición de sintomatología depresiva. La incipiente aparición de sintomatología depresiva podría interpretarse de forma catastrófica, como fracaso personal o situación inaceptable por otros, con lo que el sujeto previsiblemente trataría de poner en marcha mecanismos de regulación emocional como los intentos de supresión. Éstos, sin embargo, no siempre tendrían éxito, resultando en algunos casos en un aumento paradójico de sintomatología (pensamientos negativos,

tristeza, desmotivación...) e iniciando un ciclo recursivo disfuncional que resultaría en la cronificación y/o agravamiento de los síntomas depresivos.

Una especial atención merece el patrón diferencial de las personas caracterizadas por un patrón mixto (elevadas puntuaciones tanto en Sociotropía como en Autonomía). Estas personas eran las que manifestaban un mayor grado de interferencia **subjetiva** en la tarea de escucha dicótica, presentaban la puntuación más baja en pensamientos automáticos positivos (diferenciándose del patrón “adaptativo”); cuando habían atravesado un episodio depresivo previo, se auto-adjudicaban menos adjetivos en general en la tarea de codificación auto-referente; con sintomatología depresiva activa, manifestaban una acentuación del sesgo negativo (tardando más en aceptar los adjetivos positivos y en rechazar los negativos como auto-descriptores). Estos resultados no se manifestaban como semejantes a los que presentaban las personas altas en Autonomía o altas en Sociotropía, de forma que la combinación de ambas parece constituir “algo más que la suma de las partes”. En ocasiones, estos estilos personales han sido entendidos como diferentes extremos de un mismo continuo y, por tanto, como incompatibles (p.ej: Blatt, 2006). Sin embargo, la propuesta de entender estas necesidades como dos dimensiones diferenciadas aunque relacionadas permite explicaciones más realistas tanto de los datos empíricos como de las observaciones clínicas. Los datos demuestran que la combinación de puntuaciones altas en ambas escalas es posible (37 participantes puntuaban por encima de la mediana en ambas escalas) y, de hecho, existía una correlación significativa entre ambas. Los propios autores del inventario PSI-II reconocen que los ítems de Perfeccionismo/Autocrítica correlacionan con ambos factores (Robins et al, 1994), lo que se confirmaba en nuestra muestra. Este dato es muy orientativo en la búsqueda de una explicación a la combinación de ambas escalas.

Considerando que la definición de la identidad se realiza en base a dos dimensiones básicas -socioafectiva y de competencias- (p.ej: DeSteno y Salovey, 1997),

se puede interpretar que las personas caracterizadas por una elevada *Sociotropía* intentan conseguir la *perfección* en la primera dimensión (socioafectiva), mientras que las personas con elevadas actitudes disfuncionales en *Autonomía* pretenden conseguirla en la segunda (competencias); las personas de un patrón mixto se orientarían a la *perfección* en ambas dimensiones. Esta propuesta es coherente con el modelo de Hewitt y Flett (1991a, 1991b) del perfeccionismo como variable bidimensional de vulnerabilidad a la depresión: perfeccionismo auto-orientado (relacionado con sucesos relacionados con logro/fracaso) y perfeccionismo socialmente prescrito (relacionado con sucesos interpersonales negativos) (Hewitt, Flett y Ediger, 1996). La autocritica se relacionaría con las dos dimensiones de perfeccionismo (Hewitt y Flett (1993). También Lindsay y Scott (2005) proponen la “orientación a meta” (Dykman, 1998) como una tercera variable que podría explicar las similitudes entre ambas dimensiones. La orientación a meta determinaría cuándo es realmente patológica la Sociotropía o la Autonomía, ya que haría contingente la autoestima de la ejecución exitosa en los dominios social y/o de logro.

El origen de la visión de Autonomía y Sociotropía como conflictivas se relaciona con la visión tradicional de las necesidades de afiliación y de autodeterminación o individuación en conflicto dialéctico, en un proceso de negociación constante (Safran y Segal, 1994; Safran y Muran, 2000). De este modo, las personas caracterizadas por una alta *Sociotropía* magnifican su *necesidad de afiliación*, creyendo que para ello deben pagar un duro precio en sus necesidades de individuación, mientras que los caracterizados por una alta *Autonomía* priorizan hasta el extremo su *necesidad de autodeterminación*, pensando que ello exige el sacrificio del contacto con sus propias emociones y con los demás. Ahora bien, la persona que mantenga creencias disfuncionales de ambos tipos puede mantener relaciones superficiales con los demás en las que se comporte del modo amable que socialmente se espera de ella, mientras que no cuenta con el apoyo afectivo real de esas relaciones puesto que desconfía de los demás y

considera prioritario solucionar los problemas por sí misma y difícil -cuando no *humillante*- hablar de sus emociones con los demás. Así, esta última combinación puede muy posiblemente multiplicar los problemas y los estresores, a la vez que supone una reducción de recursos (las personas altas en Sociotropía podrían contar con el recurso del apoyo interpersonal, mientras que las personas altas en Autonomía al menos cuentan con el recurso de la asertividad -hacer valer sus propios derechos y decisiones-).

5.3.5. El papel de la ansiedad y de los intentos de supresión.

Al igual que en el estudio previo, la sintomatología ansiosa, medida a través del inventario BAI, no arrojó resultados significativos en el análisis de datos. Ello podría interpretarse como una confirmación de que el uso de estímulos específicamente relacionados con la depresión facilita la detección de sesgos atencionales sólo en personas deprimidas y no en personas ansiosas, dado que los estímulos no son significativos para ellas. Sin embargo, deben considerarse también otras posibilidades. El inventario BAI discrimina ansiedad de depresión mejor que otras medidas de autoinforme pero tiene una validez de contenido limitada, dado que enfatiza demasiado los síntomas fisiológicos pasando más por alto otros síntomas conductuales o cognitivos (Fydrich et al., 1992). Es posible que precisamente síntomas de carácter cognitivo como la tendencia a la preocupación hubieran reflejado una mayor relación con sesgos atencionales. Por otra parte, que una covariable no sea significativa no quiere decir que no tenga relación con las variables dependientes: simplemente esa relación puede revestir más complejidad que una relación lineal.

En relación a la sintomatología depresiva, los intentos de supresión constituyen un predictor relevante en la ecuación de regresión resultante. Se confirmaría por tanto el uso de estrategias de supresión cognitiva en personas con depresión, posiblemente como intento -disfuncional- de regulación del estado de ánimo.

En la tarea de codificación auto-referente, las puntuaciones elevadas en el inventario WBSI se asociaban con sesgos negativos tanto en el autoconcepto explícito (tendencia a adjudicarse adjetivos negativos) como en el implícito inferido a partir de los tiempos de respuesta (tardar más en aceptar lo positivo y en rechazar lo negativo). Estos resultados serían coherentes con la hipótesis de un modelo esquemático negativo subyacente en personas en riesgo de depresión: el individuo puede intentar activamente suprimir este modelo depresivo, experimentando sin embargo pensamientos intrusivos por el efecto paradójico de la supresión. Los esfuerzos por suprimir pensamientos indeseados podrían tener éxito en función del tipo de estímulos: en nuestra muestra, los intentos de supresión se relacionaban con menos errores de seguimiento en la condición *positiva* de escucha dicótica.

5.3.6. Limitaciones

Diversas limitaciones del presente estudio coinciden con las referidas a la validez de población ya descritas en el estudio previo. También se repite a nivel de validez interna la posible reactividad producida por la administración de test previa a la realización de las tareas experimentales y el orden establecido de las mismas. Los cuestionarios podían haber facilitado la activación de esquemas depresivos en individuos vulnerables o incluso promover una adivinación de las hipótesis de la investigación en curso. En términos de validez estadística, el uso de la dicotomización de variables supone un riesgo de pérdida de potencia estadística que se intentó compensar empleando otros métodos de análisis complementarios al análisis de varianza (análisis de correlaciones, análisis factorial, análisis discriminante, regresión lineal). Sin embargo, la principal limitación del presente estudio es uso de diseños no longitudinales para estudiar vulnerabilidad (se usaron diseño transversal, diseño de remisión retrospectivo y diseño de alto riesgo). Las características cognitivas detectadas, por ejemplo, en personas que han atravesado una depresión

podrían ser consecuencia de la misma sin suponer necesariamente un aumento de vulnerabilidad a depresiones en el futuro. Se necesitarían datos prospectivos con el fin de confirmar si los factores de riesgo y vulnerabilidad considerados en la investigación predicen realmente sintomatología depresiva. Con ese objetivo se desarrolló el estudio 3.

6. ESTUDIO 3: VULNERABILIDAD COGNITIVA, SESGOS ATENCIONALES Y MODELOS DE AUTO-REPRESENTACIÓN COMO PREDICTORES DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: UN ESTUDIO LONGITUDINAL.

Con el fin de confirmar más claramente el papel de los sesgos atencionales y auto-esquemas subyacentes como marcadores de vulnerabilidad de la depresión y no sólo como identificadores de depresión pasada o “reminiscencia” de la depresión, se necesitaba como apoyo la precedencia temporal al origen o exacerbación de síntomas. Para ello se realizó un seguimiento a los participantes del estudio 2 pasados cuatro meses, con el objetivo de desarrollar un modelo de predicción de sintomatología depresiva en función de sesgos atencionales, modelos de auto-representación y vulnerabilidad cognitiva. Además, se introdujo una medida de estrés percibido con el fin de incrementar la validez ecológica de la investigación y comprobar la relación entre estrés percibido, vulnerabilidad cognitiva y sintomatología depresiva.

El lapso temporal de 4 meses se decidió fundamentalmente por cuestiones prácticas (realización del estudio en el mismo curso académico que el estudio 2), intentando minimizar la mortalidad experimental dadas las características de la muestra. Además, es un período que se ha empleado en estudios previos de características similares (p.ej. Hewitt et al, 1996; Alloy y Abramson, 1999).

6.1. Método

Muestra:

La mortalidad experimental en el seguimiento fue de 26 participantes, de los cuales 11 tenían historia depresiva vital (7 de ellos en el último año). Formaron parte por tanto de la muestra de seguimiento 117 participantes (101 mujeres, 16 hombres) con edad media de 21 años. Los participantes en seguimiento que habían tenido un episodio depresivo a lo largo de su vida fueron 30 (de ellos, 13 el último año). No fue significativa la relación entre abandono e historia depresiva previa (C de contingencia = 0,141; $p > 0,05$).

Instrumentos:

Todos los participantes completaron individualmente en la misma sala un cuadernillo que incluía los siguientes instrumentos:

- **Inventario de Depresión de Beck** en su versión de 1996 (BDI-II, Beck et al., 1996), con el fin de evaluar la gravedad del estado de ánimo deprimido. Las características psicométricas de este instrumento se encuentran descritas en el estudio 2. El coeficiente de fiabilidad (α de Cronbach) en la muestra de este estudio fue de 0,86. Aunque es un inventario de medida que mide unos síntomas no necesariamente duraderos o estables en el tiempo, el coeficiente de estabilidad (fiabilidad test-retest) en relación a las medidas en el estudio 2 de los mismos participantes fue 0,562 ($p < 0,001$).
- **Inventario de Ansiedad de Beck** (BAI, Beck et al, 1988). El coeficiente de fiabilidad (α de Cronbach) en la muestra del estudio fue de 0,88. El coeficiente de estabilidad (fiabilidad test-retest) en relación a las medidas en el estudio 2 de los mismos participantes fue 0,505 ($p < 0,001$).
- **Cuestionario revisado de Pensamientos automáticos positivos** (ATQ-RP, Positive Automatic Thoughts Questionnaire-Revised, Kendall et al., 1989). El coeficiente de

fiabilidad (α de Cronbach) en la muestra del estudio fue de 0,91. El coeficiente de estabilidad (fiabilidad test-retest) en relación a las medidas en el estudio 2 de los mismos participantes fue 0,679 ($p < 0,001$).

- **Inventario Revisado de Estilos Personales PSI-II** (Personal Style Inventory, Robins et al., 1994) como medida de Sociotropía y Autonomía. Se comprobó de nuevo mediante análisis factorial (componentes principales) que la estructura se correspondía en líneas generales con los dos factores (Sociotropía y Autonomía) propuestos por los autores²⁸. El coeficiente de fiabilidad (α de Cronbach) en la muestra del estudio fue de 0,88. El coeficiente de estabilidad (fiabilidad test-retest) en relación a las medidas en el estudio 2 de los mismos participantes fue 0,746 ($p < 0,001$). En el caso de la escala de Autonomía fue 0,747 ($p < 0,001$) y en el caso de Sociotropía fue 0,793 ($p < 0,001$).
- **Cuestionario de Sucesos Estresantes**, realizado ad hoc con el fin de valorar sucesos vitales estresantes transcurridos en los últimos 4 meses, incluyendo tanto los sucesos de alto impacto como los cotidianos y atendiendo tanto a la valoración positiva como negativa (ver anexo 7). La medida se orientó al estrés *subjetivo*, que ha demostrado predecir mejor la sintomatología depresiva (Roberts y Kassel, 1997) y resulta más coherente con el enfoque cognitivo (interpretación del sujeto sobre las características del estresor). Se introdujeron las valoraciones en diferentes ámbitos (socio-afectivo, académico-laboral, y “otros”) dado que esa interpretación podría ayudar a contrastar la hipótesis de la congruencia. Para su elaboración, se utilizaron especialmente como referencias los instrumentos diseñados por Carver (1998) y Compas, Davis, Forsythe y Wagner (1987).

Los apartados del cuestionario fueron los siguientes:

²⁸ De nuevo, plantearon problemas ítems de la subescala Perfeccionismo/Autocrítica (ítems 14 -“Frecuentemente veo mis resultados como un completo éxito o como un completo fracaso”-y 32 -“Me cuesta perdonarme a mí mismo cuando siento que no he trabajado todo lo que podía”), que saturaban más alto en la escala de Sociotropía. Se repitió también el problema con el ítem 43 (“Me disgusta mucho que un amigo cancele una cita u olvide llamarme como habíamos acordado”) que saturaba más alto en Autonomía (teóricamente le correspondía Sociotropía): puede observarse que hace alusión al *cumplimiento de normas* en el contexto interpersonal. El ítem 12 (“En las relaciones, las personas son a menudo demasiado exigentes el uno con el otro”) no planteó problemas en esta ocasión: su saturación era más alta en Autonomía.

- a) ***Valoración de sucesos estresantes de alto impacto positivo o negativo*** que, según los participantes, habían podido cambiar cómo se sentía consigo mismo/-a, su salud o bienestar, sus relaciones con otras personas o su funcionamiento en estudios y/o trabajo. Se preguntaba para ello por las áreas estudios/trabajo, relaciones y “otros”, solicitando al participante que en cada una valorara la aparición de sucesos estresantes, y, en su caso, valorara su intensidad emocional, consecuencias positivas y consecuencias negativas (en una escala de 0 a 10).
- b) ***Valoración de estresores menores cotidianos (dificultades cotidianas)*** en frecuencia y grado de impacto negativo (escala de 0 a 10)
- c) ***Valoración de sucesos vitales positivos cotidianos*** en frecuencia y grado de impacto positivo (escala de 0 a 10).

Diseño experimental

El diseño se ajustó a un diseño de remisión prospectivo combinado con diseño de alto riesgo (identificación de vulnerabilidad cognitiva mediante inventario de Estilos Personales y resultados en tareas experimentales previas). Esta estrategia consistente en combinar depresión remitida con otras estrategias de identificación de vulnerables fue sugerida por Ingram et al. (1998).

- ***Variables Dependientes:***

- **Estado depresivo actual**, basado en puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, Beck et al., 1996).
- **Pensamientos automáticos positivos** (ATQ-RP, Positive Automatic Thoughts Questionnaire-Revised, Kendall et al., 1989).
- **Sintomatología ansiosa**, basada en puntuaciones en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck et al, 1988).

Las medidas procedentes del cuestionario de **Sucesos Estresantes** no pudieron ser introducidas en el análisis de regresión dado su carácter ordinal, si bien se analizaron sus relaciones con el resto de variables dependientes. Ello incluía las siguientes medidas:

- **Estrés subjetivo de alto impacto:** valoración de aparición de sucesos estresantes, intensidad emocional y consecuencias negativas en las diferentes áreas (ocupacional, interpersonal y otras).
 - **Estrés subjetivo cotidiano de carácter negativo:** valoraciones de frecuencia e impacto negativo realizadas por los participantes respecto a dificultades cotidianas.
 - **Sucesos positivos de alto impacto:** valoración de intensidad emocional y consecuencias positivas en las diferentes áreas (ocupacional, laboral y otras).
 - **Sucesos positivos cotidianos:** valoraciones de frecuencia e impacto positivo realizadas por los participantes respecto a sucesos vitales positivos cotidianos.
-
- ***Variables Predictoras:*** Se emplearon las siguientes medidas tomadas en el estudio 2:
 1. **Factor de riesgo de depresión: Historia de episodio depresivo mayor,** con valores: sin historia y con historia de episodio depresivo mayor.
 2. **Medidas psicométricas de vulnerabilidad cognitiva:**
 - a) **Sociotropía,** a partir de la medida en la escala correspondiente del inventario PSI-II.
 - b) **Autonomía,** a partir de la medida en la escala correspondiente del inventario PSI-II.
 - c) **Intentos de supresión de pensamientos,** a partir del inventario WBSI (White Bear Suppression Inventory, Wegner y Zanakos, 1994).

3. **Medidas experimentales de vulnerabilidad cognitiva:** se consideraron como potenciales predictores todas las variables de rendimiento en tareas experimentales del estudio 2 y sus correspondientes factores. Un análisis correlacional previo ayudaría a discriminar qué variables deberían ser incluidas realmente en un análisis de regresión. En la tabla 33 se recuerda este listado de variables.

Tabla 33. Medidas de las tareas experimentales y factores extraídos en el análisis factorial del estudio 2

<u>Factor 1: Inestabilidad del autoesquema</u>	Tiempo de respuesta al rechazar adjetivos negativos
	Tiempo de respuesta al rechazar adjetivos positivos
	Tiempo de respuesta al aceptar adjetivos positivos
	Tiempo de respuesta al aceptar adjetivos negativos
<u>Factor 2: Autoesquema depresivo</u>	Proporción de adjetivos positivos autoadjudicados
	Proporción de adjetivos negativos autoadjudicados
<u>Factor 3: Sesgo atencional implícito</u>	Tiempo de reacción en tarea secundaria en condición negativa
	Tiempo de reacción en tarea secundaria en condición positiva
<u>Factor 4: Sesgo atencional explícito</u>	Proporción de errores en seguimiento e. dicótica-condición positiva
	Proporción de errores en seguimiento e. dicótica-condición negativa
<u>Factor 5: Activación de significados negativos</u>	Sensibilidad en reconocimiento de palabras negativas
	Proporción de aciertos en reconocimiento de palabras negativas
	Proporción de recuerdo negativo
<u>Factor 6: Activación de significados positivos</u>	Proporción de recuerdo positivo
	Proporción de aciertos en reconocimiento de palabras positivas
	Sensibilidad en reconocimiento de palabras positivas

Procedimiento: Cada participante fue contactado telefónicamente por los mismos experimentadores que habían colaborado en el estudio 2, siguiendo un mismo protocolo estructurado de entrevista (ver anexo 8). Tras presentarse, informaban del desarrollo de una siguiente fase del estudio, solicitando su participación consistente en completar los cuestionarios de seguimiento en los diferentes horarios disponibles. Si el participante accedía, se acordaba con él día y hora adecuados agradeciéndole su disponibilidad.

Todos los participantes realizaban los cuestionarios en la misma sala y en el mismo orden. El carácter de la participación era totalmente voluntario, sin compensación alguna para el participante en el seguimiento.

6.2. Resultados

6.2.1.Descriptivos y Análisis correlacional de Sucesos Estresantes

Los datos referidos al cuestionario de Sucesos Estresantes se exponen en la tabla 34. Como puede observarse, la mayoría de la muestra interpretaba más consecuencias positivas que negativas en los sucesos impactantes experimentados en los últimos meses, así como mayor frecuencia y afectación emocional de los sucesos positivos cotidianos. Una excepción la constituyó el apartado relativo a “otros aspectos”, en los que se valoraban más las consecuencias negativas.

Las valoraciones de ocurrencia de experiencias impactantes en los ámbitos ocupacional (estudios/trabajo) e interpersonal correlacionaron significativamente ($\rho_{\text{Spearman}} = 0,241$; $p < 0,01$), así como la valoración del impacto emocional en ambas áreas ($\rho_{\text{Spearman}} = 0,433$; $p < 0,05$) y de las consecuencias negativas ($\rho_{\text{Spearman}} = 0,543$; $p < 0,01$). No fue así en el caso de las consecuencias positivas.

Tabla 34. Datos descriptivos del cuestionario de Sucesos Estresantes (SE)

Sucesos ocurridos en los últimos 4 meses		
A) ¿Has tenido alguna experiencia impactante en lo relativo a tus ESTUDIOS o tu TRABAJO? (n=115)	No ^a	77 (66.96)
	Sí, he tenido una experiencia ^a	30 (26.09)
	Sí, he tenido más de una experiencia ^a	8 (6.96)
	Intensidad Emocional de la experiencia/s ^{b c*} (n=38)	7.1 ± 1.6 Mdn=7
	Consecuencias Positivas de la experiencia/s ^{b c*} (n=37)	6.1 ± 2.9 Mdn=7
	Consecuencias Negativas de la experiencia/s ^{b c*} (n=37)	4.0 ± 3.4 Mdn=4
B) ¿Has tenido alguna experiencia impactante en lo relativo a tus RELACIONES? (n=114)	No ^a	60 (52.63)
	Sí, he tenido una experiencia ^a	43 (37.72)
	Sí, he tenido más de una experiencia ^a	11 (9.65)
	Intensidad Emocional de la experiencia/s ^{b c*} (n=54)	8.3 ± 1.3 Mdn=8
	Consecuencias Positivas de la experiencia/s ^{b c*} (n=53)	6.1 ± 3.3 Mdn=7
	Consecuencias Negativas de la experiencia/s ^{b c*} (n=52)	4.3 ± 3.4 Mdn=4
C) ¿Has tenido alguna experiencia impactante en lo relativo a OTROS ASPECTOS de tu vida? ^a (n=113)	No ^a	77 (68.14)
	Sí, he tenido una experiencia ^a	34 (30.09)
	Sí, he tenido más de una experiencia ^a	2 (1.77)
	Intensidad Emocional de la experiencia/s ^{b c*} (n=36)	8.4 ± 0.9 Mdn=8
	Consecuencias Positivas de la experiencia/s ^{b c*} (n=36)	4.2 ± 3.6 Mdn=5
	Consecuencias Negativas de la experiencia/s ^{b c*} (n=36)	5.4 ± 3.3 Mdn=6
DIFICULTADES COTIDIANAS		
	¿En qué grado han sido frecuentes? ^{b c*} (n=117)	4.7 ± 2.2 Mdn=5
	¿En qué grado te han afectado negativamente? ^{b c*} (n=117)	4.1 ± 2.2 Mdn=4
PLACERES COTIDIANOS		
	¿En qué grado han sido frecuentes? ^{b c*} (n=117)	6.4 ± 2.0 Mdn=7
	¿En qué grado te han afectado positivamente? ^{b c*} (n=117)	6.9 ± 2.2 Mdn=7

^a Número de participantes (porcentaje) ^b Media ± Desviación Estándar ^c Mdn: Mediana
^{*} Escala de 0 (nada intensa) a 10 (extremadamente intensa)

Tanto la frecuencia como el impacto afectivo de los sucesos positivos cotidianos correlacionaron positivamente con las consecuencias positivas de sucesos impactantes en estudios/trabajo y negativamente con las consecuencias negativas de la misma área (ver tabla 35). Sin embargo, no sucedió lo mismo con los sucesos interpersonales: las

consecuencias negativas valoradas en los sucesos impactantes en el área interpersonal correlacionaban con la frecuencia y afectación de las dificultades cotidianas.

Tabla 35. Correlaciones (Spearman) entre las consecuencias positivas y negativas de los sucesos impactantes y la valoración de sucesos negativos y positivos cotidianos.

	Frecuencia percibida de dificultades cotidianas	Afectación emocional de dificultades cotidianas	Frecuencia percibida de sucesos positivos cotidianos	Afectación emocional de sucesos positivos cotidianos
Consecuencias positivas de sucesos impactantes en estudios/trabajo	n.s.	n.s.	0,368(*)	0,330(*)
Consecuencias negativas de sucesos impactantes en estudios/trabajo	n.s.	0,359(*)	-0,415(**)	-0,423(**)
Consecuencias positivas de sucesos impactantes en relaciones	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Consecuencias negativas de sucesos impactantes en relaciones	0,307(*)	0,321(*)	n.s.	n.s.
Consecuencias positivas de sucesos impactantes en otras áreas	n.s.	n.s.	n.s.	0,322(*)
Consecuencias negativas de sucesos impactantes en otras áreas	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; n.s: relación no significativa

6.2.2. Diferencias en función del riesgo depresivo (historia previa de depresión)

Se contrastó si existía relación entre la historia previa de episodios y la vivencia de sucesos vitales estresantes. La diferencia no fue significativa en el ámbito de estudios/trabajo ni en “otros” pero sí en las relaciones (C de contingencia = 0,236; p<0,05). De los 29 participantes con historia previa que contestaron a este cuestionario (1 participante perdido en la medida de estrés subjetivo), 18 (62,2%) referían haber experimentado en los últimos meses algún suceso impactante en el área de las relaciones (12 un suceso, 6 más de uno), frente al 42,5% de las personas sin historia previa. La

valoración de las consecuencias de estos sucesos era predominantemente positiva en ambos grupos (sin diferencias significativas).

En la valoración de las dificultades cotidianas, se apreciaron diferencias significativas tanto en la frecuencia subjetiva ($U_{\text{Mann-Whitney}}=861,0$; $p<0,01$) como en el impacto subjetivo ($U_{\text{Mann-Whitney}}=866,0$; $p<0,01$), de modo que las personas con historia previa de depresión referían experimentar dificultades cotidianas con más frecuencia (valoración de 6 frente a 5 en muestra de nunca deprimidos) y con un mayor impacto en sus vidas (valoración de 6 frente a 3 en muestra de nunca deprimidos).

En la valoración de las consecuencias de los sucesos *de impacto* se manifestaron diferencias significativas en la valoración de las consecuencias positivas en el ámbito de estudios y/o trabajo ($U_{\text{Mann-Whitney}}=104,0$; $p<0,05$). Así, eran las personas previamente deprimidas las que valoraban más positivamente los sucesos ocurridos en el ámbito de los estudios. Es interesante recordar que se recogían los sucesos “impactantes” para la persona, tanto positivos, como negativos. Si bien se consideraba la posibilidad de que la persona pudiera valorar consecuencias tanto positivas como negativas de un mismo suceso, la correlación entre ambas era negativa y elevada ($\rho_{\text{Spearman}} = -0,739$; $p<0,001$).

En los datos del resto de cuestionarios, se mostraron diferencias significativas entre las personas con historia previa de depresión y sin ella similares a las ya observadas en el estudio 2. Los resultados se muestran en la tabla 36.

Además, se analizaron las diferencias por subescalas del inventario PSI-II (tabla 37). Los resultados siguieron la misma tendencia que en el estudio 2 (mayor puntuación de las personas con Historia depresiva) a excepción de la *Necesidad de control*, que no mostró diferencias significativas y la *Separación Defensiva*, en la que en este momento de medida sí se observaron diferencias significativas.

Tabla 36. Diferencias significativas en las medidas de cuestionario en función de la presencia/ausencia de historia previa de episodios depresivos.

	Muestra total	Historia de episodio depresivo mayor		t
		NUNCA	Historia depresiva previa	
nº de sujetos	117	87	30	
Media en BDI-II (Desviación típica) Rango: 0-63 (0-30)	6 (5,8)	4,8 (4,7)	9,5 (7,2)	$t_{38,1} = -3,3^{**}$
Media en BAI (Desviación típica) Rango: 0-63 (0-30)	8,3 (5,9)	7,5 (5,8)	10,4 (5,7)	$t_{115} = -2,3^*$
Media en ATQ-RP (Desviación típica) Rango: 0-40 (1-39)	22,5 (7,2)	23,4 (6,6)	19,9 (8,3)	$t_{115} = 2,3^*$
Media en Sociotropía PSI-II (Desviación típica) Rango: 0-120 (1-103)	69,5 (15,4)	67,4 (15,4)	75,6 (14,0)	$t_{115} = -2,5^*$
Media en Autonomía PSI-II (Desviación típica) Rango: 0-120 (0-84)	53,9 (13,5)	52,0 (12,7)	59,6 (14,1)	$t_{115} = -2,7^{**}$

Entre paréntesis figura el rango real de puntuaciones en la muestra. **BDI-II**: Inventario de Depresión de Beck versión 1996 (Beck et al., 1996). **BAI**: Inventario de Ansiedad de Beck (Beck et al., 1988). **ATQ-RP**: Cuestionario revisado de Pensamientos automáticos positivos (Kendall, et al., 1989). **PSI-II**: Inventario Revisado de Estilos Personales (Robins et al., 1994).

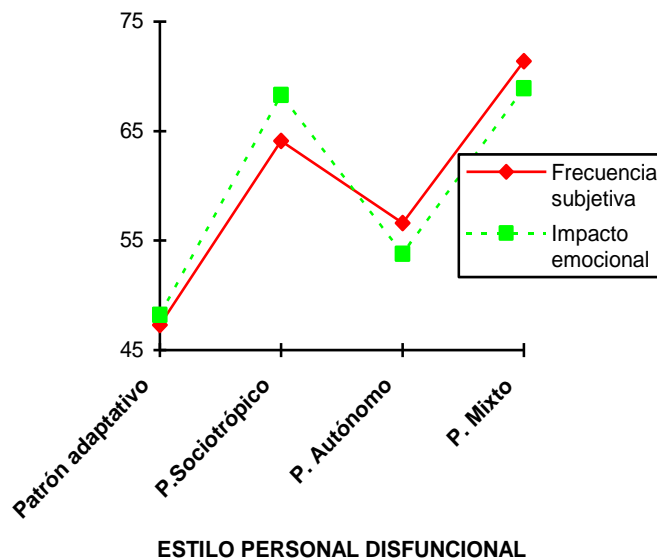
Tabla 37. Diferencias significativas en las escalas del inventario PSI-II en función de la presencia/ausencia de historia previa de episodios depresivos.

	Historia de episodio depresivo mayor		t
	NUNCA	Historia depresiva previa	
nº de sujetos	102	41	
Preocupación sobre lo que los demás piensan (Desviación típica)	24,9 (6,2)	27,8 (6,9)	$t_{115} = -2,1^*$
Complacer a otros (Desviación típica)	36,7 (6,7)	41,8 (6,8)	$t_{115} = -3,6^{***}$
Perfeccionismo/Autocrítica (Desviación típica)	13,0 (3,4)	15,1 (3,6)	$t_{115} = -2,9^{**}$
Separación Defensiva (Desviación típica)	35,3 (7,6)	38,6 (8,9)	$t_{115} = -2,0^*$

6.2.3. Diferencias en función de la vulnerabilidad cognitiva (Estilos personales)

Se analizaron asimismo las posibles diferencias asociadas a Estilos personales disfuncionales en la valoración de los sucesos estresantes (impacto emocional, consecuencias positivas y negativas) y dificultades y sucesos positivos cotidianos mediante la prueba de Kruskal-Wallis. Sólo se observaron diferencias significativas en la frecuencia subjetiva ($\chi^2_3=9,2$; $p<0,05$) y la valoración de la interferencia de las dificultades cotidianas ($\chi^2_3=8,9$; $p<0,05$), en las que las personas de patrones mixto y sociotrópico obtenían mayores puntuaciones. Los resultados se muestran en el gráfico 13.

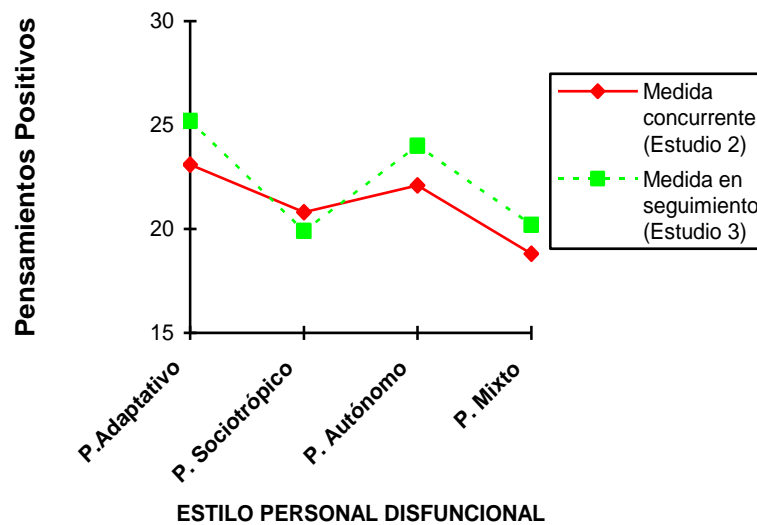
Gráfico 13. Rango promedio en ítems sobre dificultades cotidianas en función de Estilo Personal Disfuncional.



Los Estilos Personales también predecían diferencias en los pensamientos automáticos positivos en el seguimiento (diferencia de cuatro meses entre las dos medidas) ($F_{3,113}=4,58$; $p<0,01$). En las pruebas post-hoc, se comprobó que el patrón “adaptativo” se diferenciaba significativamente tanto del patrón sociotrópico como del patrón

mixto. El patrón autónomo no mostró diferencias significativas con ningún grupo. Las diferencias que los Estilos Personales predecían en pensamientos automáticos positivos en el mismo momento temporal (estudio 2) se observaban sin embargo entre el patrón “adaptativo” y el patrón “mixto” ($F_{3,139}=2,67$; $p<0,05$).

Gráfico 14. Puntuaciones en Pensamientos Automáticos Positivos (ATQ-RP) en función de Estilo Personal Disfuncional.



A nivel dimensional, se analizaron también las relaciones lineales de Sociotropía y Autonomía (y sus subescalas) con los aspectos valorados en la escala de Sucesos Estresantes. Los resultados significativos se muestran en la tabla 38.

Tabla 38. Correlaciones (Spearman) significativas de las escalas y subescalas de Sociotropía y Autonomía (medidas de estudio 2) con medidas de estrés subjetivo.

Correlaciones de SOCIOTROPÍA con:	
Frecuencia percibida de dificultades cotidianas	0,329***
Afectación emocional de dificultades cotidianas	0,395***
Correlaciones de <i>Preocupación sobre lo que otros piensan</i> con:	
Frecuencia percibida de dificultades cotidianas	0,287**
Afectación emocional de dificultades cotidianas	0,354**
Correlaciones de <i>Dependencia</i> con:	
Afectación emocional de dificultades cotidianas	0,183*
Correlaciones de <i>Complacer a otros</i> con:	
Frecuencia percibida de dificultades cotidianas	0,310***
Afectación emocional de dificultades cotidianas	0,381***
Correlaciones significativas de AUTONOMÍA con:	
Consecuencias positivas de sucesos impactantes en estudios/trabajo	0,474**
Consecuencias negativas de sucesos impactantes en estudios/trabajo	-0,343*
Frecuencia percibida de dificultades cotidianas	0,270**
Afectación emocional de dificultades cotidianas	0,204*
Correlaciones de <i>Perfeccionismo/Autocrítica</i> con:	
Frecuencia percibida de dificultades cotidianas	0,306***
Afectación emocional de dificultades cotidianas	0,357***
Correlaciones de <i>Necesidad de Control</i> con:	
Frecuencia percibida de dificultades cotidianas	0,219*
Correlaciones de <i>Separación Defensiva</i> con:	
Consecuencias positivas de sucesos impactantes en estudios/trabajo	0,520***
Consecuencias negativas de sucesos impactantes en estudios/trabajo	-0,320*

Como puede observarse, tanto Sociotropía como Autonomía correlacionaban positivamente con la frecuencia subjetiva y afectación emocional de las dificultades cotidianas, lo que confirma que las personas vulnerables tienden a experimentar más estrés cotidiano, interpretando que experimentan dificultades con elevada frecuencia y sufriendo una importante afectación emocional por ello. Además, la Autonomía (en concreto la subescala de Separación defensiva) correlacionaba *positivamente* con la valoración de consecuencias positivas de sucesos impactantes en el área ocupacional y negativamente con la valoración de consecuencias negativas. Esto es, las personas caracterizadas por una elevada reactancia (intenso sentido de independencia, dificultades para la expresión afectiva, interpretación de los consejos y opiniones como invasión a su intimidad y autodeterminación) tendían a señalar sucesos positivos como impactantes (con consecuencias muy positivas y nada negativas) en el área de estudios/trabajo. Ello

muy probablemente refleja la elevada valoración que del área académica hacen las personas con este estilo personal.

6.2.4. Diferencias en función del estilo represor

Se observaron diferencias significativas en sintomatología depresiva en el seguimiento en función del estilo represor ($t_{115}=2,45$; $p<0,05$) de modo que los participantes catalogados como con estilo represor obtenían puntuaciones significativamente inferiores en sintomatología depresiva en el seguimiento.

6.2.5. Predicción de sintomatología depresiva

Análisis de correlaciones con sintomatología depresiva en el seguimiento

Respecto a las medidas de estrés subjetivo, se efectuaron correlaciones de Spearman dado el nivel claramente ordinal de las medidas, obteniendo los resultados que se muestran en la tabla 39.

Tabla 39. Correlaciones (Spearman) de las medidas de estrés del cuestionario Sucesos Estresantes (SE) con la sintomatología depresiva (BDI-II).

Presencia de experiencias impactantes en estudios/trabajo.	0,200*
Intensidad emocional de la experiencia	0,149
Consecuencias negativas de la experiencia	0,255
Presencia de experiencias impactantes en relaciones.	0,257**
Intensidad emocional de la experiencia	0,104
Consecuencias negativas de la experiencia	0,099
Presencia de experiencias impactantes en otras áreas.	0,087
Intensidad emocional de la experiencia	-0,019
Consecuencias negativas de la experiencia	-0,088
Frecuencia de dificultades cotidianas	0,465***
Grado de afectación negativa por dificultades cotidianas	0,506***

Como puede observarse, la sintomatología depresiva mostró correlaciones significativas con la vivencia de *sucesos vitales impactantes en el área de estudios/trabajo y en el área de las relaciones*, y con la *frecuencia de dificultades cotidianas* y el *impacto subjetivo de éstas*.

También se analizaron las correlaciones (Spearman) de la sintomatología depresiva con la valoración de consecuencias positivas de sucesos de alto impacto en las diferentes áreas (ocupacional, interpersonal y otros) y con la frecuencia y grado de afectación de sucesos positivos cotidianos. Ninguna relación resultó significativa.

Dado el nivel ordinal de las medidas y sus relaciones significativas con las medidas de vulnerabilidad cognitiva, el estrés subjetivo no fue introducido como variable predictora en el análisis de regresión.

En relación a las medidas psicométricas de vulnerabilidad (Sociotropía, Autonomía) tomadas en el estudio 2, los resultados se muestran en la tabla 40. Como puede observarse, de la escala de Autonomía sólo la dimensión Perfeccionismo/Autocrítica correlacionaba de forma significativa con la sintomatología depresiva en el seguimiento. De la escala de Sociotropía, el componente de Dependencia no correlacionó de forma significativa. Con el fin de reducir el número de variables predictoras, se compuso una nueva variable resultado de sumar Preocupación sobre lo que otros piensan y Complacer a otros (a la que se denominó Sociotropía revisada), cuya correlación también resultó significativa ($r=0,366$; $p<0,001$).

Tabla 40. Correlaciones de las medidas de vulnerabilidad cognitiva del estudio 2 con la sintomatología depresiva (BDI-II) en seguimiento (estudio 3).

Sociotropía	0,335***
<i>Sociotropía revisada</i> (excluye Dependencia)	0,366***
Preocupación sobre lo que otros piensan	0,320***
Dependencia	0,123
Complacer a otros	0,339***
Autonomía	0,205*
Perfeccionismo/Autocrítica	0,263**
Necesidad de Control	0,106
Separación Defensiva	0,170

Dada la multiplicidad de medidas experimentales de vulnerabilidad, se optó por introducirlas agrupadas en factores siempre que fuera posible, previo análisis de las correlaciones variable por variable. Así, dadas las correlaciones de ambas medidas de

adjetivos autoadjudicados en la tarea de codificación auto-referente, se decidió introducir el factor 2 (autoesquema depresivo) ($r=0,385$, $p<0,001$). Además, en el análisis variable por variable se mostró significativa la proporción de errores en la condición positiva de escucha dicótica ($r=-0,183$; $p<0,05$).

La medida de supresión de pensamiento (WBSI) correlacionó $0,303$ ($p<0,001$) con la sintomatología depresiva en seguimiento.

Análisis de regresión

La predicción de la sintomatología depresiva se realizó a partir de un análisis de regresión jerárquica. El método seguido fue un procedimiento por pasos sucesivos (con criterios de entrada $p<0,05$ y de salida $p>0,10$). Las variables predictoras que se introdujeron en el análisis de regresión fueron:

- 1) Como **medidas experimentales** de vulnerabilidad (bloque 1):
 - a) ***Autoesquema depresivo***
 - b) ***Proporción de errores en la condición positiva de escucha dicótica***
- 2) Como **medidas psicométricas** de estrategias de regulación (bloque 2):
 - a) ***Supresión de pensamientos*** (inventario WBSI)
 - b) ***Estilo represor*** (con dos valores: estilo represor/ausencia de estilo represor)
- 3) Como **medidas psicométricas** de vulnerabilidad (bloque 3):
 - a) ***Sociotropía revisada*** (incluyendo escalas “Complacer” y “Preocupación por opinión de otros”).
 - b) ***Perfeccionismo/Autocrítica***
 - c) ***Interacción*** entre las dos anteriores, dado que el patrón mixto (combinación de puntuaciones elevadas en Sociotropía y Perfeccionismo) había resultado en resultados cualitativamente diferentes en el estudio 2.
- 4) Como **factor de riesgo** (bloque 4): ***Historia de episodio depresivo***.

El resumen de la construcción del modelo por pasos se presenta en la tabla 41. Los factores que se mostraron finalmente como significativos fueron el autoesquema depresivo y la Sociotropía revisada (Complacer a otros y Preocupación por opinión de los demás). Puede observarse que el modelo final, incluyendo las dos variables, mantenía una elevada significación estadística ($p < 0,001$). Los coeficientes estandarizados se muestran en la tabla 42.

Tabla 41. Resumen de la construcción del modelo de regresión por pasos de la sintomatología depresiva.

Modelo (Ecuación)	Variables introducidas	Coeficiente de determinación ajustado (R^2)	Significación del modelo	Estadísticos de cambio	
				Cambio en R^2	F_{cambio}
1	<i>Autoesquema depresivo</i>	0,140	$F_{1,103}=17,9^{***}$	0,148	
2	<i>Autoesquema depresivo</i>	0,201	$F_{2,102}=14,05^{***}$	0,068	$F_{1,102}=8,8^{**}$
	<i>Sociotropía revisada</i>				

Tabla 42. Coeficientes tipificados de las variables significativas en el análisis de regresión de la sintomatología depresiva.

Modelo (Ecuación)	Predictores	Coeficiente estandarizado (β)	t
1	<i>Autoesquema depresivo</i>	0,385	4,235 ^{***}
2	<i>Autoesquema depresivo</i>	0,275	2,886 ^{**}
	<i>Sociotropía revisada</i>	0,283	2,967 ^{**}

Manteniendo el orden de importancia o peso de las variables predictoras, la función se representaría de la siguiente manera:

$$z_Y' = +0,283 z_{X1} + 0,275 z_{X2}$$

Donde: z_Y' es la predicción de puntuación típica en sintomatología depresiva

z_{X1} es la medida en puntuaciones típicas en escala de Sociotropía revisada

(Complacer a otros y Preocupación por la opinión de los demás) del inventario PSI-II.

z_{X2} es la medida factorial en puntuaciones típicas de autoesquema depresivo

Quedaron excluidas del modelo definitivo las variables “Proporción de errores en la condición positiva de escucha dicótica”, “Supresión de pensamientos”, “Estilo represor dicotomizado”, “Historia previa de episodio depresivo”, “Perfeccionismo/autocrítica” y la interacción de ésta con Sociotropía revisada. Es interesante observar los datos de las variables excluidas (tabla 43), dado que las variables “Proporción de errores en la condición positiva” e “Historia previa de depresión” no entraron con el criterio $p < 0,05$, pero sí hubieran sido incluidas con un criterio menos conservador ($p < 0,10$). El indicador más bajo de tolerancia en la variable “historia de episodio depresivo” indica que las diferencias asociadas a este factor quedan explicadas en gran parte por el resto de variables incluidas en el modelo.

Tabla 43. Variables excluidas del análisis de regresión por pasos.

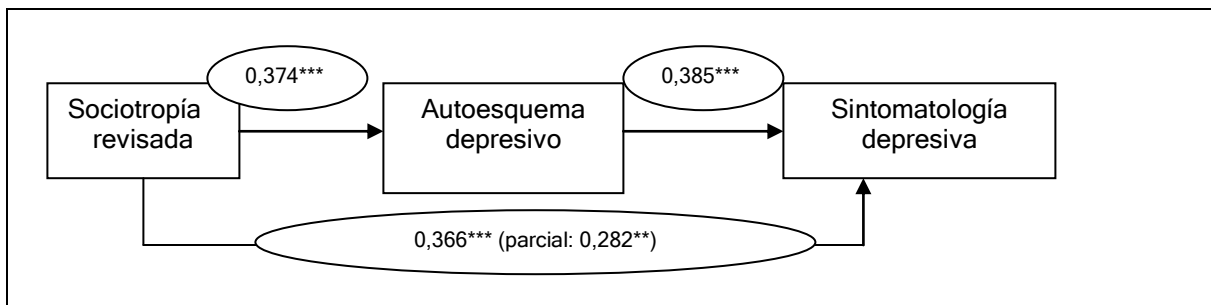
	Coefficiente estandarizado (β) dentro	t	p	Correlación parcial	Estadístico de colinealidad: Tolerancia
Proporción de errores en condición positiva	-0,151	-1,734	0,086	-0,170	0,999
Supresión de pensamientos	0,115	1,198	0,234	0,118	0,828
Estilo represor	-0,116	-1,308	0,194	-0,129	0,965
Perfeccionismo/Autocrítica	0,033	0,320	0,750	0,032	0,743
Sociotropía revisada x Perfeccionismo	0,046	0,304	0,762	0,030	0,338
Hª de episodio depresivo	0,195	1,843	0,068	0,180	0,670

La interpretación de los coeficientes estandarizados de cada predictor apuntaría a concluir que las personas con sintomatología depresiva se caracterizan por manifestar un autoesquema depresivo (mayor proporción de adjetivos negativos que la media y menor

proporción de adjetivos positivos) y mayores puntuaciones en Sociotropía²⁹ (subescalas Complacer a otros y Preocupación por la opinión de los demás).

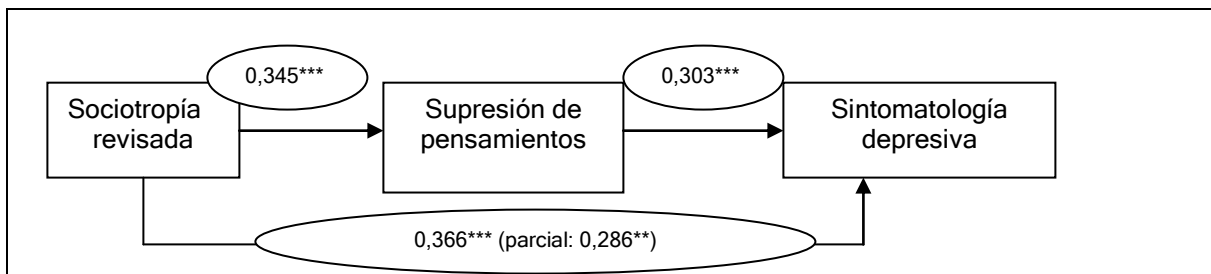
La correlación entre ambas variables predictoras era significativa ($r=0,374$; $p<0,001$). De forma esquemática, la relación estimada entre las variables se representa en el gráfico 15.

Figura 3. Representación de las relaciones lineales entre las variables Sociotropía revisada, Autoesquema depresivo y Sintomatología depresiva. La correlación parcial representa la relación entre Sociotropía y Sintomatología depresiva controlando la influencia del autoesquema depresivo.



Aunque la variable “Supresión de pensamientos” no era significativa en el análisis de regresión, sí mantenía relaciones significativas tanto con Sociotropía como con sintomatología depresiva, y afectaba a la relación entre éstas, tal y como se representa en el gráfico 16.

Figura 4. Representación de las relaciones lineales entre las variables Sociotropía revisada, Supresión de pensamientos y Sintomatología depresiva. La correlación parcial representa la relación entre Sociotropía y Sintomatología depresiva controlando la influencia de la supresión cognitiva.



²⁹ Se comprobó que el modelo de regresión también era significativo incluyendo la medida de Sociotropía global, incluyendo las puntuaciones de Dependencia, pero se le consideraba menos preciso por los resultados previos (ausencia de relación significativa entre sintomatología depresiva y subescala de Dependencia).

Predicción de la sintomatología depresiva en asintomáticos previos

Con el fin de demostrar un modelo de *inicio* de depresión se necesitarían individuos previamente asintomáticos que llegan a tener síntomas depresivos en el seguimiento. Para ello, se seleccionó una nueva muestra (N=89) excluyendo a aquellos participantes que habían presentado sintomatología depresiva en el estudio 2 (con una puntuación en el inventario BDI-II de 12 ó más). Se analizaron las correlaciones de la sintomatología depresiva en el seguimiento con las diferentes variables psicométricas y experimentales del estudio previo. Con un criterio de selección de $p < 0,10$, las únicas variables significativas fueron el factor 4 (sesgo atencional explícito, compuesto por las proporciones de errores de seguimiento en escucha dicótica: $r = -0,219$; $p = 0,055$)³⁰ y la subescala Complacer a otros ($r = 0,198$; $p = 0,063$).

Se analizaron asimismo las diferencias de medias en sintomatología depresiva en el seguimiento asociadas a las variables dicotómicas (historia previa de depresión) o dicotomizadas (estilo represor). No hubo diferencias significativas en función de la historia previa de depresión ($t_{87} = -3,32$; $p > 0,10$). Sí se manifestaron diferencias significativas en función del estilo represor ($t_{87} = 2,14$; $p < 0,05$).

Se empleó el método de regresión por pasos con el fin de seleccionar con un criterio estadístico aquellas variables que permitieran obtener el mejor ajuste posible (criterio de entrada: $p \leq 0,050$; criterio de salida: $p \geq 0,10$). Dado el reducido número de variables predictoras (tres), no se jerarquizaron por bloques.

Los factores que se mostraron finalmente como significativos fueron “Complacer a otros” y “Sesgo atencional explícito”. El resumen de la construcción del modelo por pasos se presenta en la tabla 44. Los coeficientes estandarizados se muestran en la tabla 45.

³⁰ La correlación con los errores en escucha dicótica durante la condición positiva fue $r = -0,309$ ($p < 0,01$) y con los errores durante la condición negativa $r = -0,235$ ($p < 0,05$).

Tabla 44. Resumen de la construcción del modelo de regresión por pasos de la sintomatología depresiva en participantes inicialmente asintomáticos.

Modelo (Ecuación)	Variables introducidas	Coeficiente de determinación ajustado (R^2)	Significación del modelo	Estadísticos de cambio	
				Cambio en R^2	F_{cambio}
1	Complacer a otros	0,039	$F_{1,75}=4,12^*$	0,052	
2	Complacer a otros	0,079	$F_{2,74}=4,25^*$	0,051	$F_{1,74}=4,2^*$
	Sesgo atencional explícito				

Tabla 45. Coeficientes tipificados de las variables significativas en el análisis de regresión de la sintomatología depresiva.

Modelo (Ecuación)	Predictores	Coeficiente estandarizado (β)	t
1	Complacer a otros	0,228	2,030*
2	Complacer a otros	0,235	2,133*
	Sesgo atencional explícito	-0,226	-2,055*

Manteniendo el orden de importancia o peso de las variables predictoras, la función final (modelo 2) se representaría de la siguiente manera:

$$z_Y' = +0,235 z_{X1} - 0,226 z_{X2}$$

Donde: z_Y' es la predicción de puntuación típica en sintomatología depresiva

z_{X1} es la medida en puntuaciones típicas en la subescala “Complacer a otros” (de Sociotropía)

z_{X2} es la medida en puntuaciones típicas factoriales en el factor “Sesgo atencional explícito”.

Quedó excluida del modelo definitivo la variable “Estilo represor dicotomizado”.

Tabla 46. Variable excluida del análisis de regresión por pasos en el modelo 2.

	Coeficiente estandarizado (β) dentro	t	p	Correlación parcial	Estadístico de colinealidad: Tolerancia
Estilo represor (dicotomizado)	-0,192	-1,762	0,082	-0,202	0,990

La interpretación de los coeficientes estandarizados de cada predictor apuntaría a concluir que las personas que desarrollaron sintomatología depresiva en el seguimiento de cuatro meses se caracterizan por puntuaciones elevadas en la subescala “Complacer a otros” y un reducido sesgo atencional explícito (menos errores en la prueba de escucha dicótica tanto en la condición positiva como en la condición negativa).

6.2.6. Predicción de los pensamientos automáticos positivos

Se realizó un análisis de regresión similar al realizado con la sintomatología depresiva con los pensamientos automáticos positivos, previo análisis de las correlaciones significativas. Como puede observarse en la tabla 47, de los factores de vulnerabilidad sólo era significativa la Sociotropía: ni la Autonomía como factor global ni ninguna de sus subescalas mantuvieron relaciones significativas con los pensamientos automáticos positivos. El inventario WBSI también presentó una relación negativa significativa. De las medidas experimentales del estudio 2, se decidió mantener en un único factor las relacionadas con el autoesquema depresivo e introducir el resto con sus medidas originales.

Tabla 47. Correlaciones significativas con los pensamientos automáticos positivos (ATQ-RP).

Sociotropía	-0,431***
Preocupación por la opinión de los demás	-0,456**
Dependencia	-0,231*
Complacer a otros	-0,328***
Supresión de pensamiento (WBSI)	-0,201*
Autoesquema depresivo (factor 2 de análisis factorial)	-0,492**
Tiempo de respuesta al aceptar adjetivos positivos en tarea auto-referente	-0,293***
Tiempo de respuesta al rechazar adjetivos negativos en tarea auto-referente	-0,290**
Proporción de adjetivos negativos recordados (recuerdo incidental)	-0,199*

La predicción de pensamientos automáticos positivos se realizó a partir de un análisis de regresión jerárquica. El método seguido fue un procedimiento por pasos sucesivos (criterios de entrada $p < 0,05$ y de salida $p > 0,10$). Las variables predictoras que se introdujeron en el análisis de regresión fueron:

- 1) Como **medidas experimentales** de vulnerabilidad (bloque 1):
 - a) *Autoesquema depresivo*
 - b) *Tiempo de respuesta al aceptar adjetivos positivos en tarea auto-referente*
 - c) *Tiempo de respuesta al rechazar adjetivos negativos en tarea auto-referente*
 - d) *Proporción de adjetivos negativos evocados en recuerdo incidental*
- 2) Como **medidas psicométricas** de vulnerabilidad (bloque 2):
 - a) *Sociotropía*
 - b) *Supresión de Pensamientos (WBSI)*
- 3) Como **factor de riesgo** (bloque 3): *Historia de episodio depresivo*.

El resumen de la construcción del modelo por pasos se presenta en la tabla 48. Los predictores significativos fueron el autoesquema depresivo y la Sociotropía (esto es: similares variables a las que predecían la sintomatología depresiva). Puede observarse que el modelo final, incluyendo las dos variables, mantenía una elevada significación estadística ($p < 0,001$). Los coeficientes estandarizados se muestran en la tabla 49.

Tabla 48. Resumen de la construcción del modelo de regresión por pasos de los pensamientos automáticos positivos

Modelo (Ecuación)	Variables introducidas	Coeficiente de determinación ajustado (R^2)	Significación del modelo	Estadísticos de cambio	
				Cambio en R^2	F_{cambio}
1	<i>Autoesquema depresivo</i>	0,235	$F_{1,103}=33,0^{***}$		
2	<i>Autoesquema depresivo</i>	0,275	$F_{2,102}=20,7^{***}$	0,047	$F_{1,102}=6,7^*$
	<i>Sociotropía</i>				

Tabla 49. Coeficientes tipificados de las variables significativas en el análisis de regresión de los pensamientos automáticos positivos

Modelo (Ecuación)	Predictores	Coeficiente estandarizado (β)	t
1	<i>Autoesquema depresivo</i>	-0,492	-5,7***
2	<i>Autoesquema depresivo</i>	0,414	-4,7***
	<i>Sociotropía</i>	0,230	-2,6**

6.2.7. Predicción de la sintomatología ansiosa

De forma exploratoria, se realizó un análisis de regresión por pasos (con criterios de entrada $p < 0,05$ y de salida $p > 0,10$) de la sintomatología ansiosa (inventario BAI en el seguimiento) a partir de las medidas del estudio 2. En un análisis correlacional previo, se observaron las correlaciones significativas que se exponen en la tabla 50.

Tabla 50. Correlaciones significativas con la sintomatología ansiosa (BAI).

Sociotropía	0,282**
Preocupación por la opinión de los demás	0,202*
Dependencia	0,195*
Complacer a otros	0,275**
Perfeccionismo/Autocrítica	0,200*
Sociotropía x Autocrítica (interacción)	0,259**
Proporción de adjetivos negativos adjudicados en tarea auto-referente	0,293***
Tiempo de respuesta al rechazar adjetivos negativos en tarea auto-referente	0,290**

Como puede observarse, en el caso de la ansiedad todas las escalas de Sociotropía correlacionaban con los síntomas (incluyendo Dependencia, que no mantenía relación con la sintomatología depresiva). En Autonomía se repetían los resultados de la sintomatología depresiva, siendo únicamente la subescala Perfeccionismo/Autocrítica la que mantenía una correlación significativa con los síntomas. Curiosamente, dos indicadores de rendimiento en las tareas experimentales correlacionaron con la sintomatología ansiosa en seguimiento: la proporción de adjetivos negativos adjudicados en la tarea de codificación auto-referente y el tiempo de respuesta al rechazar los adjetivos negativos en la misma tarea. Más sorprendente fue aún el resultado del análisis de regresión: sólo los dos indicadores de las tareas experimentales fueron significativos en la predicción de la sintomatología ansiosa. Los resultados se muestran en las tablas 51 y 52.

Tabla 51. Resumen de la construcción del modelo de regresión por pasos de la sintomatología ansiosa.

Modelo (Ecuación)	Variables introducidas	Coeficiente de determinación ajustado (R^2)	Significación del modelo	Estadísticos de cambio	
				Cambio en R^2	F_{cambio}
1	<i>Adjetivos negativos</i>	0,078	$F_{1,113}=10,6^{***}$		
2	<i>Adjetivos negativos</i>	0,106	$F_{2,112}=7,7^{***}$	0,036	$F_{1,112}=4,6^*$
	<i>Tiempo de respuesta en rechazo de negativos</i>				

Tabla 52. Coeficientes tipificados de las variables significativas en el análisis de regresión de la sintomatología ansiosa.

Modelo (Ecuación)	Predictores	Coeficiente estandarizado (β)	t
1	<i>Adjetivos negativos</i>	0,293	3,26***
2	<i>Adjetivos negativos</i>	0,211	2,2*
	<i>Tiempo de respuesta en rechazo de negativos</i>	0,207	2,1*

Por tanto, los resultados de la tarea de codificación auto-referente (adjetivos negativos adjudicados y tiempo de respuesta en el rechazo de descriptores negativos) constituyen los mejores predictores de la sintomatología ansiosa en un seguimiento de 4 meses, por encima de otras variables relacionadas procedentes de medidas psicométricas como la Sociotropía y la Autonomía.

En sus relaciones con las medidas de estrés subjetivo, se observaron correlaciones significativas de la ansiedad con la frecuencia percibida ($\rho_{\text{Spearman}} = 0,389$; $p < 0,001$) como con la afectación emocional ($\rho_{\text{Spearman}} = 0,490$; $p < 0,001$) de dificultades cotidianas así como la frecuencia subjetiva de sucesos impactantes en las áreas de estudios/trabajo ($\rho_{\text{Spearman}} = 0,273$; $p < 0,01$) y relacional ($\rho_{\text{Spearman}} = 0,206$; $p < 0,05$).

6.3. Discusión de resultados

El objetivo del estudio 3 era desarrollar un modelo de predicción de sintomatología depresiva en función de sesgos atencionales, modelos de auto-representación, vulnerabilidad cognitiva y estrés percibido en un seguimiento de cuatro meses. Se desglosan las conclusiones referidas a los diferentes factores a continuación.

El sesgo atencional explícito se relaciona con la sintomatología depresiva en un seguimiento de cuatro meses, llegando a ser el predictor más significativo en los casos inicialmente asintomáticos. Atendiendo a las correlaciones, sería aun más relevante la *reducción o ausencia de un sesgo positivo* en la tarea atencional como indicador de una posible vulnerabilidad a sufrir sintomatología depresiva en el futuro.

El modelo de auto-representación explícito (autoesquema depresivo) mostrado en la tarea de codificación auto-referente es un predictor válido de la sintomatología *depresiva*, de la sintomatología *ansiosa* y de los *pensamientos automáticos positivos* en un seguimiento de 4 meses. De las medidas de inestabilidad del autoesquema, el sesgo negativo (más tiempo en aceptar lo positivo y en rechazar lo negativo) se relaciona negativamente de forma significativa con los *pensamientos automáticos positivos*, si bien no se manifiesta como un predictor significativo en el análisis de regresión (no aporta información adicional a lo predicho por Sociotropía y autoesquema depresivo). El tiempo de respuesta al rechazar descriptores negativos se muestra sin embargo como un predictor válido de la sintomatología *ansiosa*, excluyendo incluso de la ecuación de regresión a otros indicadores psicométricos también relacionados con ansiedad como Sociotropía o Perfeccionismo/Autocrítica (Sutton et al, 2011; Wheeler, Blankstein, Antony, McCabe y Bieling, 2011).

A pesar del énfasis otorgado al autoconcepto en la patología depresiva, a la luz de los resultados cabe plantearse que se trata de una variable relevante común a la depresión y la ansiedad. Una interpretación clásica (p.ej: Seligman, 1975) plantea además

que los síntomas ansiosos preceden a los síntomas depresivos, que aparecerían cuando una situación estresante se cronifica. Si se tiene en cuenta la correlación significativa de la ansiedad con Sociotropía y Perfeccionismo/Autocrítica, puede entenderse que la autoevaluación constante (en busca del cumplimiento de los elevados criterios de autoexigencia que imponen ese tipo de creencias) es una probable fuente de preocupación y tensión para la persona. La mayoría de los participantes vulnerables de la muestra podrían encontrarse en una situación de inseguridad sobre su autovalía más que en una clara invalidación de su autoconcepto, lo que explicaría la presencia de sintomatología ansiosa y la disminución de pensamientos automáticos positivos asociados a la medida previa de inestabilidad en el autoesquema. Además, una parte de los participantes puede ser vulnerable a la depresión pero aún no haber experimentado un suceso negativo lo suficientemente intenso como para disparar síntomas depresivos significativos, lo cual es más probable en muestras jóvenes como la del presente estudio.

Los datos referidos a vulnerabilidad cognitiva son coherentes con lo anterior y también con los resultados encontrados en el estudio 2. Los datos del test-retest ratifican la alta estabilidad de las medidas de Estilos Personales, confirmando la Sociotropía y Autonomía como variables estables y no como factores reactivos a los síntomas depresivos. De forma similar a lo observado en el estudio 2, adquieren más relevancia el patrón sociótrofo y/o el patrón mixto como factores relacionados con la vulnerabilidad, desmarcándose el patrón autónomo. Todas las subescalas de Sociotropía demostraron de nuevo relaciones significativas con el factor de riesgo depresivo “*historia de episodio previo*”, mientras que las escalas de Autonomía mostraron resultados inconsistentes a excepción de Autocrítica/Perfeccionismo (precisamente la subescala que correlaciona con Sociotropía). Lo mismo ocurrió en la relación con la *sintomatología depresiva*: dos escalas de Sociotropía (Complacer a otros y Preocupación por la opinión ajena) mostraron relaciones significativas, junto con Autocrítica/Perfeccionismo. Sólo la Sociotropía fue

significativa en la predicción de sintomatología depresiva y los pensamientos automáticos positivos. Adquiere especial interés la subescala “Complacer a otros” dado que consigue predecir depresión en los casos inicialmente asintomáticos.

Se confirma además la relación de la Sociotropía con un peor auto-esquema y de ambas con la sintomatología depresiva. La negatividad del autoesquema, sin embargo, no explica totalmente los efectos de la Sociotropía, que podría actuar como factor de vulnerabilidad más allá de sus implicaciones para la identidad dificultando por ejemplo la puesta en marcha de estrategias de regulación emocional. Dada las dificultades de asertividad implícitas en las afirmaciones propias de una persona *sociótrofa* (en especial en las dimensiones que aparecían como significativas: Complacer a otros y Preocupación por la opinión ajena), la regulación de cualquier emoción puede convertirse en una tarea aún más compleja por las dificultades de aceptación y expresión de la emoción primaria, derivando en emociones secundarias o en su utilización como emoción instrumental en el contexto interpersonal (Greenberg, 2008). Por ejemplo, las dificultades para tomar conciencia y/o para aceptar emociones de enfado puede llevar a sentimientos de tristeza y culpa, o la obtención de atención social por la expresión de tristeza puede reforzar la instrumentalización de dicha emoción. En ambos casos, la persona se enfrenta a una mayor complejidad de la tarea de regulación emocional. Si, además, sus estrategias de regulación son escasas, rígidas o disfuncionales, aumentan las probabilidades de enganchar en un ciclo recursivo en el que la sintomatología depresiva se cronifique y/o se agrave en su intensidad. Connor-Smith y Compas (2002) encuentran que las personas con un patrón sociotrópico realizan *menos* estrategias de aproximación al suceso estresante y/o emociones relacionadas (intentos de solución de problemas y de adaptación al estresor mediante aceptación, distracción o reestructuración cognitiva) y más intentos de evitar/negar el suceso negativo, lo que a su vez correlaciona con un aumento de síntomas ansiosos y depresivos, en probable relación, según los autores, con

la aparición de pensamientos intrusivos. En esta investigación se demuestra parcialmente esta hipótesis pues, si bien la supresión de pensamientos no se mostró significativa en el modelo de regresión de la sintomatología depresiva, sí manifestó relaciones significativas tanto con Sociotropía como con sintomatología depresiva, afectando a la relación entre ambas.

En el *estrés subjetivo*, tanto el patrón mixto como el sociótropo se caracterizaron por estimar una mayor frecuencia e impacto emocional de las *dificultades cotidianas*. La ausencia de relación entre los sucesos impactantes y la Sociotropía puede deberse a las características del instrumento empleado para valorar el estrés subjetivo. En este instrumento se valoraba el impacto emocional y las consecuencias positivas o negativas, sin especificar la influencia sobre la autoestima. Una forma alternativa de medida subjetiva de estrés es la desarrollada por Frewen y Dozois (2006b), que valoran el impacto en autovalía de los sucesos vitales solicitando explícitamente a los participantes que valoren en un listado de sucesos el impacto que cada uno ha tenido, o habría tenido en el caso de suceder, (a) sobre su vida en general, (b) sobre su autovalía social y (c) sobre su autovalía en área de logros. En cualquier caso, estos autores encuentran que la Sociotropía correlaciona con la afectación en las dos dimensiones (tanto autovalía-social como autovalía-logros), y que, en general, el impacto social y de logro de los sucesos negativos correlaciona. Este último dato sí se confirma en la presente investigación, donde correlacionaron tanto las valoraciones de ocurrencia de experiencias impactantes en los ámbitos ocupacional e interpersonal como la valoración del impacto emocional y de las consecuencias negativas en ambas áreas.

En los pensamientos automáticos positivos, tanto patrón mixto como sociótropo se diferenciaba del patrón “adaptativo”, tendiendo aquellos a puntuaciones más bajas. El patrón autónomo, sin embargo, no manifestaba diferencias significativas con respecto a ningún grupo.

El funcionamiento diferencial del patrón autónomo y la tendencia a señalar sucesos positivos como impactantes en el área de estudios/trabajo asociada a Separación defensiva (subescala de la dimensión Autonomía) refleja resultados parecidos a los encontrados por Frewen y Dozois (2006b), que indicaban una correlación negativa de la Separación defensiva con el impacto negativo de estresores tanto sociales como de fracaso. Estos autores cuestionan sin embargo si la separación defensiva representa un genuino desinterés respecto a las relaciones sociales y una relativa inmunidad a los estresores negativos o más bien es un estilo de afrontamiento defensivo caracterizado por la negación y el aislamiento social. También estos autores encuentran una ausencia de relaciones significativas de la Necesidad de control con el impacto negativo del estrés, planteando que la respuesta en este caso puede no ser depresiva sino con otras respuestas emocionales como irritabilidad o agresividad (p.ej: Frewen y Dozois, 2006a; Desmet, Vanheule, Meganck y Verhaeghe, 2010). Se confirma así la necesidad planteada por Frewen y Dozois de tener en cuenta de forma separada las dimensiones de Autonomía en el análisis de la hipótesis de la congruencia estresores-estilos personales.

El factor de riesgo “historia de episodios depresivos” no se mostró como significativo en la regresión y por sus niveles de tolerancia puede deducirse que sus efectos quedan explicados por las variables introducidas en el modelo (Sociotropía y autoesquema depresivo). La historia previa de episodios depresivos parece tener efectos no sólo en la reacción ante acontecimientos estresantes sino en la propia valoración subjetiva de los mismos: las personas con historia previa depresiva, al igual que las personas altas en Sociotropía, estimaban una mayor frecuencia de dificultades cotidianas en sus vidas así como un mayor impacto de las mismas. Además, valoraban más positivamente sucesos ocurridos en el ámbito de los estudios y referían haber vivido experiencias importantes en el ámbito de las relaciones con mayor frecuencia (con una valoración predominantemente positiva). La valoración de la frecuencia debe ser

considerada como un dato subjetivo y, como tal, es posible que aporte datos no tanto sobre la ocurrencia objetiva de sucesos estresantes sino sobre la tendencia a dar importancia a los cambios o acontecimientos en las diferentes áreas. Esto puede constituir un factor de vulnerabilidad incluso en el caso de sucesos valorados como positivos. Una especial consideración de sucesos como, por ejemplo, “conquistar” a alguien o una determinada calificación en un examen, puede llegar a ser un indicador de vulnerabilidad si consideramos que responde a una mayor y quizás excesiva importancia otorgada a estos aspectos en el bienestar de la persona e incluso la visión de sí mismo, pudiendo predisponer para el malestar cuando esas experiencias sean negativas (ej: ruptura de pareja o fracaso académico o laboral).

Respecto a las valoraciones de estrés subjetivo, los estresores de baja intensidad parecen presentarse con más frecuencia que los estresores mayores, con un sesgo positivo (más sucesos positivos cotidianos). La relación observada entre los sucesos en estudios/trabajo y los sucesos positivos cotidianos y entre los sucesos en área interpersonal y las dificultades cotidianas plantea hipótesis interesantes respecto a la función de cada área en el balance emocional diario. Es posible que los sucesos referidos a las relaciones (conocer nuevas amistades, estrechar relaciones, iniciar una relación de pareja) no se valoren tanto en su impacto positivo diario (como un efecto de habituación) pero se sienta más el impacto negativo de los conflictos o pérdidas, planteando dificultades en el funcionamiento cotidiano. En ese sentido, los logros obtenidos en el ámbito ocupacional, menos frecuentes, pueden lograr más saliencia en su impacto sobre la motivación diaria en la tarea académica o laboral realizada. Además, es importante analizar este dato en el contexto de la muestra, ya que la relación entre dificultades cotidianas y consecuencias negativas de sucesos en el área interpersonal puede apuntar a que los estresores habituales de esta población (por ocupación y por edad) están más relacionados con el ámbito de las relaciones, interactuando por tanto más con la

vulnerabilidad sociotrópica. También pudo existir una mortalidad diferencial en el seguimiento, manteniéndose aquellos alumnos motivados en sus estudios, lo que podría explicar, al menos parcialmente, la relación entre el impacto afectivo de los sucesos positivos cotidianos con las consecuencias positivas de sucesos en estudios/trabajo.

7. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES

“Entró sin hacer el menor ruido, volviendo a cerrar la puerta con llave, como tenía por costumbre, y retiró la tela morada que cubría el cuadro. Un grito de dolor e indignación se le escapó de los labios (...) porque aquel espejo de su alma que estaba contemplando era un espejo injusto”

(Oscar Wilde, *El retrato de Dorian Gray*)

7.1. Síntesis de Resultados

Aunando los resultados de los diferentes estudios, podemos concluir que se descarta un déficit atencional *general* asociado a vulnerabilidad a la depresión o sintomatología depresiva de carácter leve y moderado y se confirma la existencia de sesgos atencionales *específicos* relacionados con la depresión y la vulnerabilidad a la depresión, enfatizando la importancia de emplear estímulos específicamente relacionados con la depresión para la detección de sesgos cognitivos. Se confirma asimismo la importancia de los modelos de auto-representación explícitos e implícitos en la vulnerabilidad a la depresión y la influencia de las estrategias de regulación del estado de ánimo sobre la manifestación de los sesgos atencionales.

7.1.1. Estado depresivo actual

La detección de sesgos atencionales relacionados con la sintomatología depresiva activa depende de diversas variables como:

- instrumento de medida de sintomatología depresiva, con resultados más claros al emplear el instrumento BDI-II (estudio 2) frente al BDI (estudio 1);

- tipo de medida de rendimiento atencional: los efectos principales significativos en toda la muestra se manifiestan de forma más consistente en la medida implícita de tiempos de reacción (efecto de interferencia), sin embargo en el seguimiento de participantes inicialmente asintomáticos, es la medida explícita de errores de seguimiento la que consigue predecir el desarrollo posterior de sintomatología depresiva mostrando un efecto de facilitación;
- la demanda de la tarea: se manifestaron efectos principales de la sintomatología depresiva sobre el rendimiento atencional ante la tarea de mayor demanda cognitiva (estudio 2);
- el tipo de vulnerabilidad cognitiva o estilos personales (ver más adelante).

La *reducción de sesgo positivo atencional* en la tarea de seguimiento de escucha dicótica (menor proporción de errores en el seguimiento de escucha dicótica durante la condición positiva) se relacionó con una *mayor sintomatología depresiva* en el seguimiento a los cuatro meses. Es más, el factor “sesgo atencional explícito”, que aunaba errores en la condición positiva y en la negativa, fue significativo en la predicción de síntomas depresivos en participantes previamente asintomáticos (menos errores predecían más sintomatología depresiva). En el análisis de correlaciones, se observaba una mayor significación de los errores durante la condición positiva. Es interesante recordar en este contexto la relación negativa entre los errores en la condición positiva de escucha dicótica y los *intentos de supresión* (a más intentos de supresión, menos sesgo o errores en seguimiento de la condición positiva), y la relación directa de estos intentos de supresión con la sintomatología depresiva (tanto concurrente como en el seguimiento a los cuatro meses).

A los efectos de entender esta relación, puede ser representativo el siguiente discurso de una paciente con episodio depresivo mayor (en remisión parcial en el

momento de realizar estas afirmaciones) en referencia a los intentos de regulación realizados con respecto a cogniciones vinculadas a una pérdida afectiva significativa:

“Cuando digo que intento no pensar en ello es que intento no pensar en nada....ni en lo bueno ni en lo malo. Pierdo lo bueno, pero así no aparece lo malo. No quiero que aparezca lo malo, aunque eso suponga sacrificar los buenos recuerdos”.

(Paloma, 36 años).

Es posible, por tanto, que los intentos de supresión orientados a controlar los pensamientos indeseados supongan también la supresión de pensamientos de valencia opuesta (positiva) pero conectados de algún modo con los anteriores (por ejemplo, por ser diferentes polos del mismo constructo): esto podría provocar la ausencia o reducción de sesgos positivos bloqueando, paradójicamente, una vía funcional de regulación emocional.

El estado depresivo activo (punto de corte $BDI-II \geq 12$) se mostró asimismo relacionado con un modelo de auto-representación negativo tanto a nivel explícito (mayor proporción de adjetivos negativos auto-adjudicados) como implícito (ausencia de sesgos positivos o protectores en los tiempos de respuesta de la tarea de codificación auto-referente). Además, la manifestación de un autoesquema depresivo en las medidas de modelo de auto-representación *explícito* predecía la sintomatología depresiva en el seguimiento a los cuatro meses. La *ausencia de sesgo positivo* en la medida *implícita* de la tarea de codificación auto-referente (menores tiempos de respuesta en rechazar lo positivo y mayores en rechazar lo negativo), aunque sin llegar a ser un predictor significativo en el análisis de regresión, se relacionó negativamente de forma significativa con los *pensamientos automáticos positivos* en el seguimiento a los cuatro meses.

A partir de los datos, se puede inferir también un procesamiento semántico coherente con el estado emocional del participante de los estímulos no atendidos en la tarea de escucha dicótica. La sintomatología depresiva se relacionaba con una mayor activación de significados negativos (recuerdo y reconocimiento incidental de estímulos negativos) y una peor discriminación de adjetivos positivos, indicadores que a su vez se relacionaban con las medidas explícitas de rendimiento atencional (errores cometidos en el seguimiento de escucha dicótica) y de autoesquema. En el seguimiento a los cuatro meses, los indicadores de activación de significados negativos y positivos y de accesibilidad de significados emocionales mantenían una nula relación con la sintomatología depresiva, por lo que ese tipo de sesgos de procesamiento (recuerdo y reconocimiento incidental) parecen responder más a la *activación transitoria* asociada al estado depresivo. Los sesgos referidos a modelos de auto-representación tanto explícito como implícito podrían responder sin embargo a una característica más estable como la mayor consistencia en la organización de información negativa auto-referente, dado su potencial predictivo en el estudio longitudinal.

En conclusión, la detección de sesgos atencionales asociados a sintomatología depresiva activa requiere estímulos específicamente relacionados con la depresión, tareas de alta demanda cognitiva, medidas explícitas e implícitas de rendimiento atencional y el control de estrategias compensatorias como los intentos de supresión. La reducción de sesgo atencional explícito positivo predice sintomatología depresiva en niveles leve y moderado (≤ 30) en un período de seguimiento de cuatro meses. Aun más, la reducción de sesgo atencional explícito, tanto en valencia positiva como negativa, predice el desarrollo de sintomatología depresiva en participantes inicialmente asintomáticos.

El estado depresivo actual se asocia también con un modelo de auto-representación negativo a nivel explícito y con la ausencia de sesgos protectores a nivel

implícito. Estas variables se relacionan a su vez, en un seguimiento a los cuatro meses, con el grado de sintomatología depresiva y de pensamientos automáticos positivos respectivamente.

7.1.2. Riesgo de depresión: Historia de episodio depresivo

Se observa un patrón diferencial de sesgos atencionales hacia información emocional en personas *en riesgo* por haber padecido en el pasado un episodio depresivo mayor, si bien la manifestación de estos sesgos depende también de otras variables como:

- La presencia de sintomatología depresiva activa: la historia depresiva se asociaba con un efecto de *facilitación* a nivel atencional cuando no existía sintomatología depresiva activa, tanto en el estudio 1 (menos errores de seguimiento en condición positiva) como en el estudio 2 (menos tiempo de reacción en general).
- La valencia de los estímulos auditivos presentados en el canal no atendido: las diferencias significativas en relación al rendimiento atencional se observan predominantemente en la condición de valencia positiva.
- El tipo de medida de rendimiento atencional: ante los *estímulos positivos*, en el estudio 1 se observó:
 - un efecto de facilitación en la medida explícita de rendimiento atencional (menos errores en el seguimiento) cuando no existía un estado depresivo activo;
 - un efecto de interferencia o deterioro en la medida implícita de rendimiento (mayor tiempo de reacción en tarea secundaria).
- El tipo de estímulo distractor: el efecto de interferencia en la medida implícita (tiempo de reacción) se observaba cuando los estímulos visuales distractores evocaban

emociones (iconos faciales, estudio 1). Cuando el estímulo visual era neutro (círculo vacío, estudio 2) no se observaban efectos.

- Las estrategias de regulación empleadas por el participante:
 - La historia depresiva se asociaba con más pensamientos intrusivos e intentos de supresión y con mayor interferencia subjetiva durante la tarea de escucha dicótica.
 - Los intentos de supresión se relacionaban a su vez con menos errores de seguimiento en la condición *positiva* de escucha dicótica.
 - El estilo represor en interacción con la historia previa de episodios depresivos predecía menores tiempos de reacción en la tarea atencional secundaria.
- El tipo de vulnerabilidad cognitiva o estilos personales (ver más adelante).

En personas no deprimidas en riesgo de depresión (por historia previa de episodios depresivos), se confirma un modelo *explícito* de auto-representación *normalizado* (sin diferencias con respecto a personas sin historia previa) pero un *sesgo negativo* a nivel implícito. Se denomina “sesgo negativo” con el fin de discriminarlo de la “ausencia de sesgo positivo” que se observó asociada al estado depresivo actual: en el estado depresivo activo los efectos simples significativos se observaron fundamentalmente ante los adjetivos positivos (“tardaban poco” en rechazar lo positivo), mientras que en la historia de episodio depresivo los efectos simples significativos se observaron en la aceptación de los adjetivos negativos (“tardaban poco” en aceptar lo negativo). Por tanto, las personas en riesgo de depresión manifiestan un autoconcepto negativo a nivel implícito, pero su protección y diferencia ante un estado depresivo manifiesto parece estribar, al menos en parte, en la capacidad para mantener un autoesquema positivo a pesar del autoesquema negativo implícito. El autoesquema

positivo explícito puede defenderse con todas las estrategias compensatorias posibles, influyendo sobre el procesamiento de la información.

A partir de todos estos resultados, podemos inferir los siguientes procesos:

- La experiencia de un episodio depresivo en el pasado puede predisponer a la interpretación de los estímulos (tanto positivos como negativos) relacionados con la depresión como *auto-amenazantes* (esto es, implican una amenaza para el autoconcepto).

- Ante esa amenaza, la persona puede poner en marcha:

- (a) Estrategias compensatorias (estilo represor, intentos de supresión) que reducen el efecto de interferencia del canal no atendido:

- (a1) El estilo represor implicaría estrategias evitativas en el de procesamiento de información emocional, lo que reduciría la interferencia del canal no atendido.

- (a2) Los intentos de supresión implicarían esfuerzos controlados para evitar la interferencia del canal no atendido, aunque podrían generar *posteriormente* pensamientos intrusivos de carácter reactivo y mayor sensación *subjetiva* de interferencia.

El éxito de estas estrategias dependerá en gran parte del *estado afectivo* del participante:

- si existe un estado depresivo, resultará más difícil compensar los sesgos resultantes;

- si no existe sintomatología depresiva activa, las estrategias compensatorias podrán resultar incluso en un efecto de facilitación (mejoría del rendimiento) en relación al resto de participantes.

(b) Proceso de autoevaluación (de la ejecución específica en la tarea y a nivel de auto-representación global, activado por los significados evocados en la tarea experimental). Este proceso de autoevaluación implicaría una amenaza potencial para todos los pacientes con historia depresiva, pero seguirían resoluciones diferentes en función de su estado afectivo actual:

- en ausencia de sintomatología depresiva, pueden cerrar el proceso evaluativo de forma defensiva descartando en bloque la identificación con los rasgos presentados y centrándose en mantener una buena ejecución en la tarea con ayuda de estrategias compensatorias;
- en presencia de sintomatología depresiva, dado el efecto de interferencia, se podría iniciar un proceso constante de autoevaluación, que facilitaría el aumento de la interferencia y la manifestación de sesgos.

Las relaciones observadas entre riesgo depresivo (por historia previa de episodio depresivo) y las variables de estrés subjetivo y vulnerabilidad cognitiva fueron las siguientes:

- La experiencia de un episodio depresivo en el pasado predispone a la interpretación de una mayor frecuencia subjetiva de dificultades cotidianas así como un mayor impacto percibido de las mismas.
- Las relaciones más consistentes en vulnerabilidad cognitiva (repetidas en estudio 2 y estudio 3) se mostraron con dos subescalas de Sociotropía que resultaron adecuados predictores de la sintomatología depresiva a los cuatro meses de seguimiento: *Preocupación sobre lo que los demás piensan* y *Complacer a otros*. La Dependencia no mostró relación significativa en ningún caso (tampoco con la medida a través de la escala DAS como actitudes disfuncionales de dependencia). Los datos parecen

apuntar por tanto a que no es la dependencia sino la *baja asertividad* asociada a la Sociotropía lo que puede constituir un mayor riesgo para la depresión, si bien la variable “dependencia” podría no ser predictiva por el tipo de medida empleada, dada la discrepancia que se ha descrito entre medida explícita e implícita de esta variable (Cogswell, Alloy, Karpinski y Grant, 2010).

- Aunque en el estudio 1 las personas con riesgo depresivo (historia de episodio depresivo previo) se caracterizaban por mostrar actitudes disfuncionales de logro con mayor intensidad, en los posteriores estudios sólo el *Perfeccionismo/Autocrítica* fue consistente en las diferencias de este grupo frente a los nunca deprimidos. Precisamente ese componente común de Logro y Autonomía, con elevadas correlaciones con Sociotropía, manifestó una relación significativa con la sintomatología depresiva en el seguimiento a los 4 meses, aunque no llegó a ser significativo como predictor en el modelo de regresión.

En conclusión, la detección de sesgos atencionales asociados a riesgo depresivo por historia de episodio depresivo mayor requiere estímulos específicamente relacionados con la depresión (especialmente de valencia positiva), medidas implícitas de rendimiento (menos susceptibles de control voluntario) y el registro de estrategias compensatorias como los intentos de supresión y el estilo represor. La ausencia de un estado depresivo facilita que la persona con una historia depresiva previa pueda poner en marcha con relativo éxito estrategias compensatorias ante el significado amenazante de estímulos relacionados con la depresión, pudiendo observarse incluso un efecto de facilitación a nivel atencional.

El riesgo depresivo se asocia también con un modelo de auto-representación normalizado a nivel explícito pero con la presencia de sesgos negativos a nivel implícito (tardan poco en aceptar descriptores negativos). La protección de la persona con historia

de episodios depresivos no deprimida en la actualidad parece estribar por tanto en la defensa de un autoesquema positivo, al menos a nivel explícito.

La vulnerabilidad de la persona en riesgo depresivo se observa también en la valoración subjetiva de las dificultades cotidianas (mayor frecuencia y mayor impacto emocional percibido) y en las puntuaciones en las subescalas *Preocupación sobre lo que los demás piensan*, *Complacer a otros* y *Perfeccionismo/Autocrítica*.

7.1.3. Vulnerabilidad cognitiva: Actitudes Disfuncionales y Estilos Personales Disfuncionales

En cuanto a las medidas de **vulnerabilidad cognitiva**, la complejidad de los resultados se observa en la tabla 53.

Tabla 53. Síntesis de resultados en Actitudes y Estilos Personales disfuncionales.

Estilo personal/ Actitudes disfuncionales	Resultados significativos	
Patrón autónomo	Mínimo sesgo negativo en rendimiento atencional explícito (menor número de errores en condición negativa)	
	Modelo de auto-representación explícito <i>positivo</i> (menos adjetivos negativos auto-adjudicados)	
	Mínima tasa de recuerdo emocional	
	Puntuación elevada en intentos de supresión	
	Si BDI < 12	Sesgo negativo en modelo de auto-representación implícito (no discrimina tiempos de aceptación/rechazo de descriptores negativos)
	Si BDI ≥ 12	Sesgo protector (tarda más en aceptar lo negativo y en rechazar lo positivo) en modelo de auto-representación implícito.
		Efecto de facilitación en tarea atencional secundaria (menor tiempo de reacción)
	Predicción de sintomatología depresiva	La Autonomía (medida dimensionalmente) no predice sintomatología depresiva
Actitudes disfuncionales de logro	Estrés subjetivo	Tendencia a señalar sucesos positivos como impactantes en el área de estudios/trabajo asociada a Separación defensiva
	Si Historia de episodio depresivo	Efecto de interferencia en tarea atencional secundaria ante estímulos positivos (mayor tiempo de reacción)

Tabla 53. Síntesis de resultados en Actitudes y Estilos Personales disfuncionales (continuación).

Estilo personal/ Actitudes disfuncionales	Resultados significativos	
Patrón mixto	Puntuación máxima en intentos de supresión	
	Máximo grado de interferencia <i>subjetiva</i> en prueba atencional	
	Máxima tasa de recuerdo emocional	
	Si Historia de episodio depresivo	Tendencia al rechazo de descriptores (tanto positivos como negativos) en modelo de auto-representación explícito.
	Si BDI < 12	Sesgo protector (tarda más en aceptar lo negativo y en rechazar lo positivo) en modelo de auto-representación implícito.
	Si BDI ≥ 12	Desaparición de sesgo protector en modelo de auto-representación implícito (tiempos de respuesta)
Patrón sociotrópico	Estrés subjetivo	
	Mayor frecuencia subjetiva de dificultades cotidianas y mayor impacto percibido de las mismas (junto patrón sociotrópico)	
	No se encuentran sesgos atencionales diferenciales asociados a Sociotropía ni a actitudes disfuncionales de Dependencia.	
	Modelo de auto-representación explícito <i>negativo</i> (más adjetivos negativos auto-adjudicados)	
	Si BDI < 12	Sesgo negativo en modelo de auto-representación implícito (no discrimina tiempos de aceptación/rechazo de descriptores negativos)
	Si BDI ≥ 12	Ausencia total de sesgos protectores en modelo de auto-representación implícito (tiempos de respuesta)
Patrón adaptativo	Predicción de sintomatología depresiva en seguimiento	Complacer a otros y Preocupación por la opinión ajena (medida dimensional) predicen sintomatología depresiva y pensamientos automáticos positivos.
	Estrés subjetivo	Mayor frecuencia subjetiva de dificultades cotidianas y mayor impacto percibido de las mismas (junto patrón "mixto")
	Puntuación mínima en intentos de supresión	
Patrón autónomo	Si BDI < 12	Sesgo protector (tarda más en aceptar lo negativo y en rechazar lo positivo) en modelo de auto-representación implícito.
	Si BDI ≥ 12	Desaparición de sesgo protector en modelo de auto-representación implícito (tiempos de respuesta)
		Máximo sesgo negativo en rendimiento atencional explícito (mayor número de errores en condición negativa)

Destaca la relevancia de las actitudes disfuncionales de logro (estudio 1) y el patrón autónomo (estudio 2), variables con significados comunes relacionados con el perfeccionismo, la competitividad y la separación defensiva. Los sesgos atencionales en los participantes con puntuaciones elevadas en estos factores muestran un patrón atencional diferencial, pero variable en función de la historia personal y estado afectivo actual.

El patrón autónomo (puntuación elevada en Autonomía, baja en Sociotropía) se asociaba con una disminución del sesgo negativo *normal* (tendencia de toda la muestra) en rendimiento *explícito* (*menos errores en la condición negativa*), del mismo modo que en la medida explícita de la tarea de codificación auto-referente era el grupo que *menos adjetivos negativos* se atribuía. A nivel atencional, se puede inferir el uso de estrategias de regulación que impiden el deterioro o incluso mejoran la ejecución en la tarea experimental, dado que los participantes de patrón “autónomo” mantenían una puntuación elevada en intentos de supresión. Estos intentos de supresión no siempre son exitosos, pero es posible que las personas de patrón “autónomo” puedan superar mejor la tendencia a ser distraídos por material emocional por no tratarse de significados con amplio desarrollo en su sistema de constructos, dado que se caracterizan en el área socioafectiva por la necesidad de control y separación defensiva (de hecho, eran los que menor tasa de recuerdo de palabras emocionales mostraban).

Las personas caracterizadas por un patrón autónomo que presentaban a su vez un estado depresivo seguían una dirección opuesta a la tendencia general, tardando menos tiempo en responder ante los estímulos distractores visuales (cuando en el resto de grupos la sintomatología depresiva se acompañaba de mayores tiempos de reacción en la tarea secundaria). La sintomatología depresiva en niveles moderados y sus efectos en la atención (interferencia observable en la muestra general) podrían suponer una amenaza (*posibilidad* de autoevaluación negativa) ante la cual se iniciarían estrategias compensatorias orientadas a conseguir un resultado positivo en el proceso de auto-evaluación. Es importante denotar que ese resultado positivo se contempla como posible en el universo de significados del patrón autónomo, y quizás eso sea lo que le diferencia del patrón sociótropo (los que más adjetivos negativos se atribuían de forma explícita) o del patrón mixto. La disponibilidad de un autoesquema positivo a nivel explícito, aunque condicionado a la obtención de logros, facilita una vía de regulación para los

caracterizados por un patrón autónomo. Por ello, el esfuerzo por obtener un resultado positivo es especialmente importante en estas personas que sobrevaloran la competitividad, el perfeccionismo y el control: la regulación de sus emociones y su autoestima puede depender de ello. No debe olvidarse además el contexto experimental en el que se realiza la tarea (situación implícita de comparación social, desarrollada en un marco académico).

Los resultados del patrón autónomo en la tarea de codificación auto-referente fueron coherentes con los resultados de la prueba atencional dado que, a nivel implícito, se observaba una paradójica interacción del patrón autónomo con el estado depresivo actual, de modo que:

- En ausencia de un estado deprimido, mostraban un sesgo negativo, no discriminando en los tiempos de respuesta de aceptación o rechazo de descriptores negativos (tardaban poco en aceptar lo negativo en comparación con el resto de grupos). Ello se puede asociar con el perfeccionismo y autocrítica característicos del patrón autónomo: su presentación manifiesta es de un autoconcepto positivo, pero el elevado nivel de autoexigencia y autocrítica mina de algún modo su autoestima, mostrando una especial facilidad para aceptar descriptores negativos.
- En presencia de un estado depresivo activo ($BDI-II \geq 12$) se observaba sin embargo una *normalización* de los tiempos de respuesta, manifestando el sesgo *protector* que mostraban el resto de grupos en condiciones normales (sin sintomatología depresiva). Al igual que se infiere en la prueba atencional, la sintomatología depresiva puede suponer una amenaza que pone en marcha todas las estrategias disponibles con el fin de evitar la manifestación de un autoconcepto negativo.

Por otra parte, las personas con historia de episodio depresivo previo y elevadas actitudes disfuncionales de logro manifestaron, en el estudio 1, un sesgo atencional de

interferencia en la medida implícita (mayor tiempo de reacción) ante estímulos positivos. Considerando la relación observada en el estudio 2 entre historia depresiva e intentos de supresión, es posible que la experiencia de un episodio depresivo previo evoque recuerdos intrusos asociados que el participante intente controlar, invirtiendo en ese control gran parte de sus recursos cognitivos. El control facilitaría el rendimiento en la medida explícita pero el gasto por el sobreesfuerzo realizado se observaría en la medida en la tarea secundaria. Por otra parte, si la mejor forma de defenderse ante recuerdos negativos es, para una persona con actitudes disfuncionales de logro, demostrarse su habilidad en una tarea y cree que lo está consiguiendo (interpretación de “éxito”), su atención se podría ver sesgada hacia los estímulos relacionados con esa auto-percepción. De hecho, entre las palabras contenidas en el listado de estímulos positivos, se encontraban adjetivos estrechamente relacionados con las actitudes disfuncionales de logro (hábil, competente, capaz, triunfador...).

Los datos relativos al resto de grupos apuntan también a un probable uso de estrategias compensatorias por las personas con vulnerabilidad cognitiva que pueden distorsionar u ocultar la manifestación de sesgos atencionales.

Los participantes categorizados como “patrón adaptativo” en Estilos Personales (bajas puntuaciones en Sociotropía y Autonomía) eran los que más sesgo explícito mostraban en la prueba atencional cuando existía sintomatología depresiva activa, dato que podría ser explicado por la ausencia de estrategias compensatorias (este grupo mantenía la puntuación media más baja en intentos de supresión). Esto es, la ausencia de vulnerabilidad cognitiva reduce el significado amenazante que pueden tener los adjetivos emocionales relacionados con la depresión por lo que el participante no requiere la puesta en marcha de estrategias de compensación: ello facilita la manifestación más clara de sesgos.

A pesar de lo anterior, las personas que manifestaban un mayor grado de interferencia subjetiva en la prueba atencional no eran las personas de patrón adaptativo sino aquellas con patrón mixto (elevadas actitudes disfuncionales de ambos tipos). Es importante insistir en que esa percepción no se relacionaba con la ejecución real (no mostraron peor rendimiento atencional en ningún indicador), pero sí muy posiblemente con el esfuerzo realizado (estrategias compensatorias): este mismo grupo era el que mostraba la puntuación más elevada en intentos de supresión y en tasa de recuerdo emocional (lo cual indica que existió un procesamiento semántico del canal no atendido).

En la tarea de codificación auto-referente, se observa que el patrón mixto:

- En combinación con *historia de episodio depresivo*, resulta en la manifestación de una actitud conservadora a nivel *explícito* (rechazo de adjetivos relacionados con la depresión como autodescriptores). Se infiere una función defensiva en este rechazo, dado que personas que han experimentado los síntomas depresivos niegan la identificación con estímulos tanto positivos (ej: “triste”, “desesperanzado”) como negativos (ej: “alegre”, “motivado”) con los que otras personas que no habían atravesado la misma experiencia sí referían identificarse.
- En combinación con un *estado depresivo activo*, acentuaba el efecto negativo del mismo sobre los tiempos de respuesta de la tarea de codificación auto-referente, resultando en la *desaparición completa del sesgo protector*.

Aunque en el estudio 1 no se confirmaba que el grupo de patrón mixto (elevadas actitudes disfuncionales en ambos tipos de actitudes, logro y dependencia) fuera el grupo más vulnerable, en el estudio 2 parece más significativa la combinación de estas variables, hasta el punto de convertirse en predictor de la sintomatología la interacción de Sociotropía y Autonomía. Sin embargo, en el seguimiento a los 4 meses esta interacción

dejó de constituir un predictor significativo. Se precisa por tanto más investigación para profundizar en el análisis de esta combinación.

En relación a Sociotropía y actitudes disfuncionales de Dependencia destaca la ausencia de resultados en sesgos atencionales tanto en el estudio 1 como en el estudio 2. Sin embargo, dos subescalas de Sociotropía (Complacer a otros y Preocupación por la opinión ajena) conseguían predecir la sintomatología depresiva y los pensamientos automáticos positivos en el seguimiento a los cuatro meses. Además, estas escalas mantuvieron una relación consistente con la historia previa de episodio depresivo mayor (tanto en las medidas del estudio 2 como en las medidas del estudio 3). La Sociotropía manifestó su relación con un modelo de auto-representación negativo explícito e implícito (era el grupo que más descriptores negativos se atribuía, se observó una relación significativa con el factor “autoesquema depresivo” y manifestaba un sesgo negativo implícito en ausencia de sintomatología depresiva). Ambos factores (Sociotropía y Autoesquema depresivo) completaban el modelo de regresión que predecía la sintomatología depresiva en el seguimiento.

En las medidas de *estrés subjetivo*, tanto el patrón sociótropo como el mixto se caracterizaron por estimar una mayor frecuencia e impacto emocional de las *dificultades cotidianas*.

En conclusión, la detección de sesgos atencionales asociados a vulnerabilidad cognitiva a la depresión implica necesariamente la utilización de medidas implícitas y la consideración de estrategias compensatorias (intentos de supresión) y factores que pueden estimular la puesta en marcha de dichas estrategias como el estado depresivo actual o la historia de episodios depresivos previos.

El *patrón autónomo* se asocia con una reducción del sesgo atencional negativo en comparación con los restantes grupos y con la manifestación a nivel explícito de un modelo de auto-representación con escaso sesgo negativo (mínimos descriptores

negativos auto-adjudicados). Sin embargo, a nivel implícito se manifiesta un sesgo negativo en auto-representación (rapidez para aceptar adjetivos negativos) que paradójicamente se normaliza ante un estado depresivo. Se deduce por tanto el uso de estrategias compensatorias de carácter defensivo, y concretamente se confirma la utilización de intentos de supresión. El uso de estas estrategias puede acentuarse aun más ante la presencia de un estado depresivo con el fin de proteger el auto-concepto. El menor significado personal de constructos emocionales para este estilo o patrón autónomo puede facilitar el éxito de las estrategias compensatorias en el tipo de tarea atencional planteada.

El *patrón sociótrofo* no manifiesta ningún sesgo atencional diferenciado y se relaciona con la manifestación de un autoconcepto deteriorado a nivel explícito e implícito. En combinación con el autoconcepto explícito negativo predice la sintomatología depresiva y los pensamientos automáticos positivos (relación negativa) en un seguimiento a los cuatro meses. Concretamente, son las subescalas *Preocupación sobre lo que los demás piensan* y *Complacer a otros* las que muestran su capacidad predictiva para la depresión, así como su relación con haber sufrido un episodio depresivo en el pasado. Se asocia también, al igual que el patrón mixto, con la valoración subjetiva de las dificultades cotidianas (mayor frecuencia y mayor impacto emocional percibido).

El *patrón mixto* se relaciona con las máximas puntuaciones en recuerdo emocional, interferencia subjetiva e intentos de supresión. Ello hace deducir que son posiblemente los participantes que mayor esfuerzo realizan para compensar la interferencia de significados emocionales en su ejecución en la tarea atencional. En combinación con una historia previa de depresión resulta en un sesgo defensivo en la tarea de codificación auto-referente (tendencia al rechazo de identificación con adjetivos). Es necesario analizar en posteriores investigaciones los efectos de la combinación de Sociotropía y Autonomía. En la investigación presente, la interacción entre ambas podía predecir la sintomatología

depresiva concurrente pero no la sintomatología depresiva a los cuatro meses. Adquiere especial interés la dimensión perfeccionismo/autocrítica, dado que es la subescala que correlaciona tanto con el factor Sociotropía como con el factor Autonomía.

7.1.4. Sintomatología ansiosa

La sintomatología ansiosa, medida a través del inventario BAI, no manifestó una influencia significativa sobre el rendimiento atencional en ninguno de los estudios. Una explicación posible a esta ausencia de resultados es que el uso de estímulos específicamente relacionados con la depresión facilita la detección de sesgos atencionales sólo en personas deprimidas y no en personas ansiosas, dado que los estímulos no son significativos para ellas. Sin embargo, no se debe perder de vista la limitada validez de contenido del inventario BAI. Aunque este inventario se eligió porque discrimina ansiedad de depresión mejor que otras medidas de autoinforme, la contrapartida es que enfatiza demasiado los síntomas fisiológicos pasando por alto otros síntomas conductuales o cognitivos (Fydrich et al., 1992). Es posible que síntomas de carácter cognitivo como la tendencia a la preocupación hubieran reflejado una mayor relación con sesgos atencionales, al igual que se ha observado en el caso de la depresión (Baert, De Raedt y Koster, 2010).

Un resultado inesperado relativo a la sintomatología ansiosa fue la capacidad predictiva del tiempo de respuesta al rechazar descriptores negativos en la tarea de codificación auto-referente: este indicador conseguía predecir la sintomatología ansiosa en el seguimiento a los cuatro meses excluyendo incluso de la ecuación de regresión a otros indicadores psicométricos también vinculados a la ansiedad como Sociotropía o Perfeccionismo/Autocrítica. Este dato podría responder a la autoevaluación constante, que generaría inestabilidad en el autoesquema y permanente preocupación y tensión en la persona.

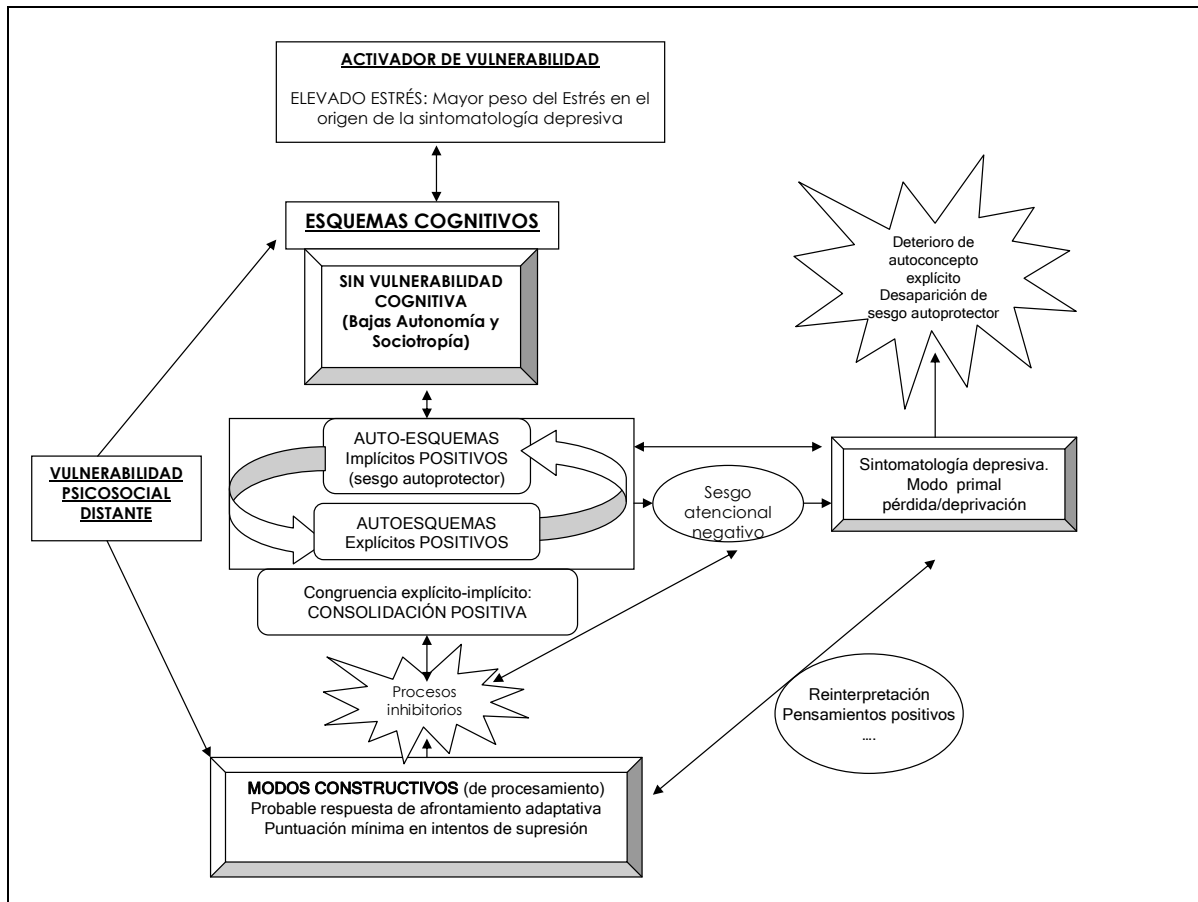
7.2. Integración de resultados

Si bien un marco conceptual no es susceptible de falsación por resultados experimentales del mismo modo que una hipótesis específica, sí puede modificarse con el fin de optimizar el ajuste a los datos empíricos. En el presente apartado se adapta el modelo presentado en el apartado 2 a los resultados descritos y se relaciona con las aportaciones de otras investigaciones en el área, con el fin de alcanzar una explicación lo más completa posible de los fenómenos observados.

7.2.1. *Patrón adaptativo*

Comenzando por el caso más sencillo, en una persona con baja vulnerabilidad cognitiva por sus reducidas puntuaciones en Sociotropía y Autonomía (denominado por ello “patrón adaptativo”), los modelos de auto-representación explícito e implícito serían congruentes y de predominio positivo, lo que implicaría un factor de protección frente a la depresión (ver figura 3). Serían necesarios, por tanto, elevados niveles de estrés para provocar síntomas depresivos. En caso de suceder, estos síntomas implicarían un deterioro transitorio del autoconcepto explícito y la desaparición del sesgo autoprotector (pérdida de la rapidez en aceptar lo positivo como autodescriptivo y rechazar lo negativo). La transitoriedad de este deterioro de la autoestima y del resto de síntomas estaría en gran parte determinada por el uso de estrategias funcionales de regulación del estado de ánimo. En este sentido, es relevante enfatizar que este grupo presentó la puntuación más baja de toda la muestra en intentos de supresión, lo que señalaría estas estrategias como poco útiles o incluso desadaptativas. A su vez, la ausencia de estrategias como los intentos de supresión facilitaría la detección de sesgos atencionales en esta submuestra de participantes: aunque todos los participantes cometían más errores en la condición negativa, esta diferencia se acentuaba en el caso del patrón adaptativo con sintomatología depresiva activa.

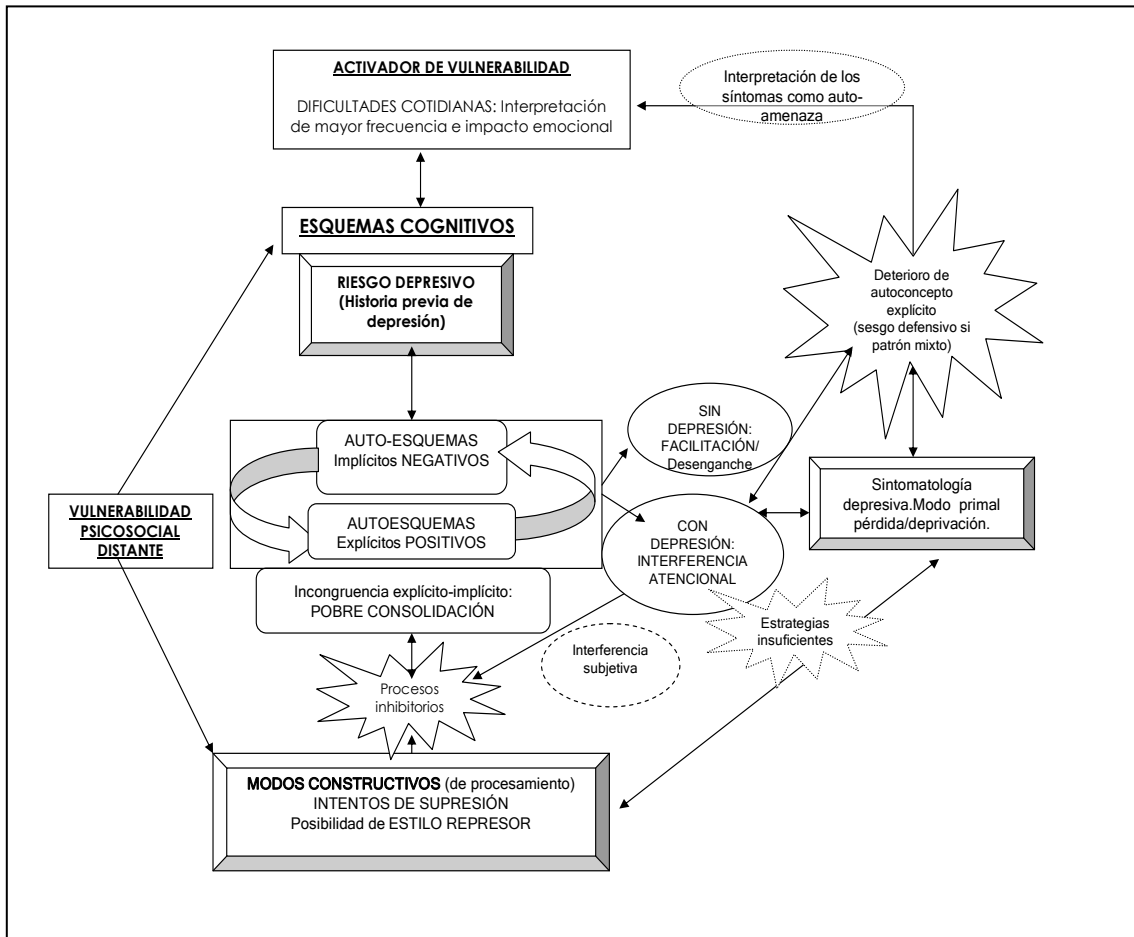
Figura 5. Aplicación del modelo al patrón “adaptativo”



7.2.2. Riesgo Depresivo

En el caso de personas en **riesgo depresivo** (por historia previa de depresión mayor) se constata un modelo de auto-representación normalizado a nivel explícito (sin diferencias con el resto de participantes) pero un sesgo negativo a nivel implícito (observable incluso cuando se controlaba la sintomatología depresiva). Esta incongruencia revela una peor consolidación de autoesquemas y, por tanto, una mayor vulnerabilidad a las afectaciones en autoestima provocadas por la sintomatología afectiva (demostradas en la investigación por la relación de los sesgos en modelo de auto-representación implícito con la sintomatología depresiva a los cuatro meses de seguimiento).

Figura 6. Aplicación del modelo al Riesgo Depresivo



El riesgo depresivo se asocia también con la percepción de dificultades cotidianas, que son vividas con estimaciones de mayor frecuencia y mayor impacto emocional. Esto facilitaría que se desencadenaran los síntomas depresivos con mayor probabilidad ante la acumulación de estrés percibido. Estos síntomas se vivirían como especialmente amenazantes. En primer lugar, la aversividad de la experiencia de un episodio depresivo

puede sensibilizar a la persona ante la mínima aparición de sintomatología (Coyne y Calarco, 1995). En segundo lugar, la disminución de autoestima como síntoma depresivo puede suponer un peligro devastador para alguien que a nivel implícito ya presenta un autoconcepto deteriorado: la visión de sí misma pasaría a ser completamente negativa y con mayor riesgo de cronificación. De ahí que ante un aumento mayor de vulnerabilidad, como constituye el patrón mixto con historia depresiva previa, la persona adopte un sesgo defensivo rechazando la mayoría de los descriptores, tanto positivos como negativos. Estudios previos han demostrado la tendencia de pacientes previamente deprimidos al empleo de estrategias compensatorias, llegando incluso a dar respuestas más positivas que los controles tras inducción de estado de ánimo negativo (p.ej: Teasdale et al., 1998). Las estrategias de regulación meta-cognitivas se pondrían en marcha ante estímulos amenazantes externos (p.ej: autocalificaciones depresivas) y/o internos (p.ej: síntomas depresivos).

En cuanto a la estrategia de supresión de pensamientos, se confirma la relación con el riesgo depresivo observado en investigaciones previas (p.ej: Wenzlaff et al., 2001; Wenzlaff, Rude, & West, 2002). La supresión cognitiva puede funcionar como estrategia de regulación emocional aliviando el ánimo negativo de forma transitoria (Liverant, Brown, Barlow, & Roemer, 2008). Sin embargo, al igual que cualquier otra estrategia evitativa, a largo plazo presenta riesgos negativos, asociados fundamentalmente a un efecto paradójico (Beevers and Meyer, 2008) que aumenta la accesibilidad de pensamientos negativos y puede contribuir a incrementar la rumiación. Si, además, esa supresión se extiende a estímulos positivos, como se plantea en la presente investigación, la persona estaría boicoteando una posible vía funcional de regulación emocional sin ser consciente de ello (la ausencia de sesgo atencional explícito en la condición positiva se relacionaba con sintomatología depresiva en el seguimiento a los cuatro meses).

De especial interés es la relación entre riesgo depresivo, supresión cognitiva y autoestima, donde parecen confirmarse también los resultados encontrados por Luxton, Ingram y Wenzlaff (2006): aparentemente las personas de alto riesgo se muestran igual en autoestima que las de bajo riesgo (en esta investigación, en modelo explícito de auto-representación) pero se muestran más inseguros (modelo implícito), lo que se relaciona a su vez con mayor supresión de pensamiento.

El otro tipo de estrategia estudiada, el estilo represor, no mostró una relación significativa con el riesgo depresivo, de modo que era utilizado sólo por *una parte* de las personas con historia previa, contribuyendo en esos casos a un efecto de facilitación en el rendimiento atencional. Es de destacar que la “eficacia” del estilo represor sólo se mostró en interacción con el riesgo depresivo, precisamente la muestra a la que podían impactar más los estímulos distractores emocionales empleados. Se confirma a partir de este resultado la tesis planteada por Derakshan et al. (2007): las estrategias propias del estilo represor sólo se ponen en funcionamiento cuando un primer análisis indica a la persona que se encuentra ante contenidos amenazantes. Las personas con estilo represor pero sin historia previa no interpretarían estos estímulos como amenazantes y no tendrían por tanto que emplear este estilo de afrontamiento.

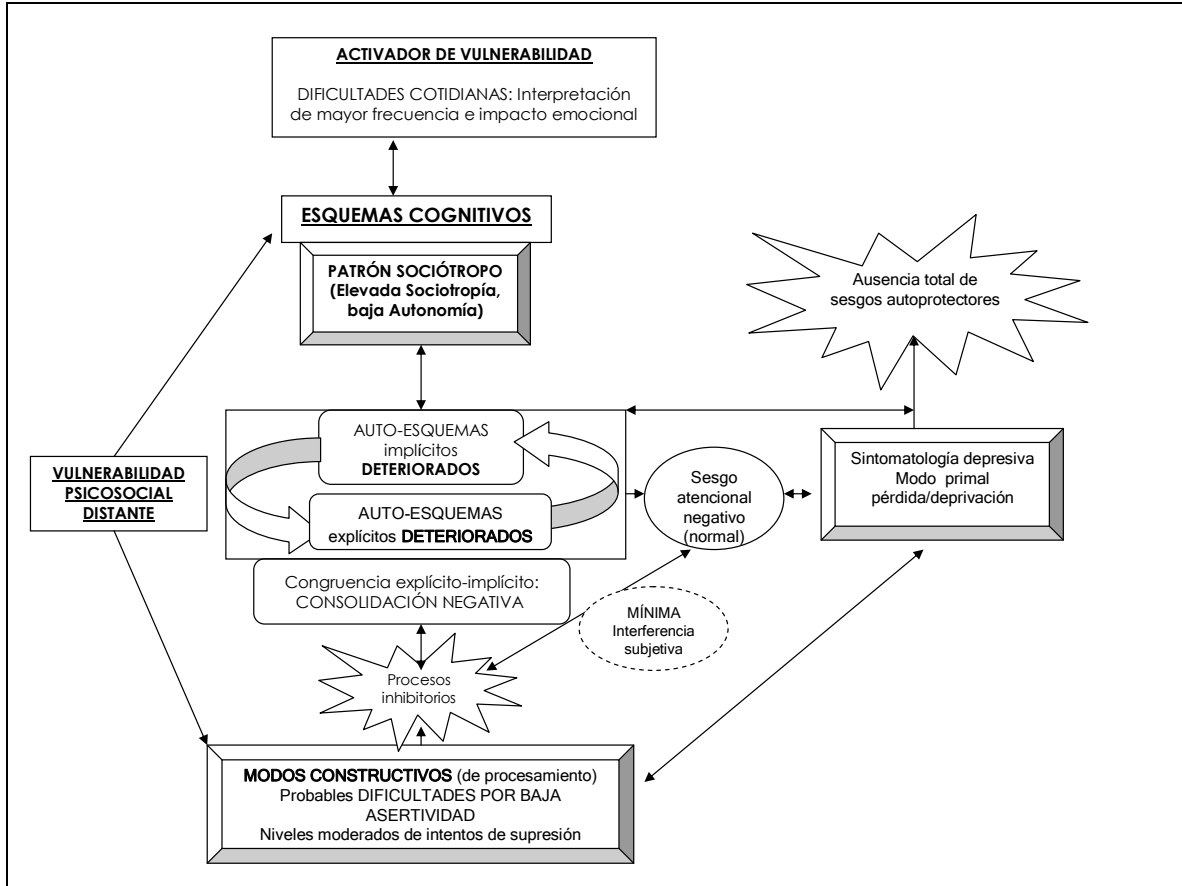
En los resultados observados en sesgos atencionales, se infiere que las estrategias propias del estilo represor y de la supresión cognitiva consiguen evitar la manifestación de sesgos en ausencia de sintomatología, provocando incluso un efecto de facilitación en comparación con el resto de muestra. Sin embargo, los síntomas depresivos podrían generar una activación de significados negativos consolidados que convertiría en insuficientes estas estrategias. De hecho, la estrategia de supresión cognitiva ha mostrado ser menos eficaz ante estados de carga cognitiva (p.ej: Wenzlaff y Eisenberg, 2001) y estrés (Beevers y Meyer, 2004), y se ha planteado que el estado depresivo podría funcionar como una “carga cognitiva natural”, interfiriendo en los esfuerzos por suprimir

(Hardy y Brewin, 2005). La persona afectada podría responder al fracaso de supresión de pensamiento con interpretaciones catastróficas del significado de tal fracaso (p.ej: “debilidad”, peligro inminente de depresión), lo que puede aumentar la ansiedad ante los pensamientos intrusivos (Abramowitz et al, 2001) y, a su vez, los esfuerzos por controlarlos, generando un ciclo disfuncional del que puede resultar difícil salir. Esta propuesta es compatible con la discrepancia observada en el estudio 2 entre la ejecución real y la ejecución percibida por las personas en riesgo: su ejecución era incluso mejor en condiciones normales, pero mantenían una mayor sensación de interferencia subjetiva con respecto al resto de participantes. Se puede inferir, por tanto, que los participantes en riesgo de depresión eran conscientes de la interferencia que le generaba los estímulos negativos y ante la interpretación de amenaza ponían en marcha mecanismos de compensación como las estrategias de supresión.

En relación a otros sesgos observados en la presente investigación, destaca la respuesta de las personas con historia previa de depresión y sintomatología depresiva activa ante los estímulos positivos en la prueba de reconocimiento. Precisamente por su experiencia previa y actual, estas personas parecen *sentirse* “especialistas” en los constructos negativos relacionados con la depresión pero no en constructos positivos, donde la inseguridad para discriminar entre los adjetivos que realmente habían aparecido en la tarea de escucha dicótica y aquellos que constituían distractores se veía reflejada tanto en el criterio de respuesta conservador como en los mayores tiempos de respuesta. Se debe enfatizar que es una percepción subjetiva, dado que esto no se reflejaba en la tasa objetiva de aciertos.

7.2.3. Patrón Sociótropro

Figura 7. Aplicación del modelo al patrón Sociótropro



En las personas de patrón sociótropro (elevada Sociotropía, baja Autonomía), se observa una congruencia entre autoconcepto explícito e implícito en sentido negativo: ambos se encuentran deteriorados, mostrando una reducción del sesgo positivo en el autoconcepto explícito (se adjudican más descriptores negativos que el resto de grupos³¹) y una ausencia del sesgo protector en el autoconcepto implícito (ausencia de discriminación en los tiempos de aceptación y rechazo de descriptores negativos). Se confirma, además, que Sociotropía y autoconcepto explícito depresivo predicen la

³¹ Se considera deterioro del autoconcepto la reducción de la diferencia entre proporción de adjetivos positivos y negativos dado que incluso personas deprimidas valoran un mayor número de adjetivos positivos que negativos como autodescriptivos, pero en una proporción menor que los no deprimidos (p.ej: Segal y Vella, 1990).

sintomatología depresiva a los cuatro meses de seguimiento, lo que coincide con investigaciones previas en el área (p.ej: Alloy et al., 2006).

El impacto de los síntomas depresivos sobre la autoestima no haría más que acentuar la situación previa (convirtiéndola en más negativa). Sin embargo, no se observa un patrón de sesgos atencionales diferenciales ni una puntuación especialmente elevada en intentos de supresión que pueda explicar esa ausencia. En coherencia con la ausencia de sesgo atencional diferencial, eran los participantes que referían menor interferencia subjetiva en la tarea de escucha dicótica.

La disfunción en las estrategias de regulación afectiva en este patrón se intuyen más bien en las consecuencias que puede tener la tendencia a complacer a otros y la preocupación por la opinión ajena. Las personas de patrón sociótropo marcan puntuaciones elevadas en ítems relacionados con anteponer las necesidades ajenas a las propias, complacer a los demás en exceso, resolver los problemas de otros, dificultades para negarse a peticiones, cumplir las expectativas ajenas, sentir que los demás se aprovechan o le utilizan. Junto a ello, les preocupa mucho la posibilidad de hacer daño, su influencia en los demás y las reacciones de los otros, sienten que tienen que ser amables, les resulta difícil comunicar sus emociones de enfado y tienden a disculparse en exceso. En conjunto, la constante disponibilidad para las necesidades de los demás puede no sólo dificultar la puesta en marcha de estrategias habituales de regulación del ánimo (como *actividades relajantes, recreativas o distractoras* orientadas al autocuidado) sino también añadir mayor malestar por la sensación de explotación en las relaciones interpersonales. El miedo a generar malestar en el interlocutor puede bloquear la *expresión* de emociones negativas y, con ello, las posibilidades de *reinterpretación* mediante la aportación de puntos de vista diferentes por sus otros significativos. Aun más, la hipersensibilidad a la crítica y a la opinión ajena de estas personas puede hacer que, incluso recibiendo *apoyo social*, ellos interpreten incompreensión o crítica en los comentarios o consejos recibidos,

empeorando más su autoestima y estado de ánimo. Connor-Smith y Compas (2002) encuentran que las personas con un perfil sociotrópico realizan *menos* estrategias de aproximación al suceso estresante y/o emociones relacionadas (intentos de solución de problemas y de adaptación al estresor mediante aceptación, distracción o reestructuración cognitiva) y más intentos de evitar/negar el suceso negativo, lo que a su vez correlaciona con un aumento de síntomas ansiosos y depresivos. Por otra parte, Penland, Masten, Zelhart, Fournet y Callahan (2000) han demostrado la relación entre las estrategias de afrontamiento evitativo puestas en marcha por personas deprimidas y los “yoes posibles” negativos de su autoesquema, manifiestamente más marcados en las personas de patrón sociótropo de nuestra muestra. La baja autoestima también se ha visto relacionada con las dificultades para utilizar los recuerdos positivos como forma de regular un estado de ánimo triste (Smith y Petty, 1995). Precisamente, debe recordarse que el patrón sociótropo mostró en el seguimiento la puntuación inferior en pensamientos automáticos positivos, junto al patrón mixto, lo que dificultaría la flexibilidad cognitiva necesaria para estrategias adaptativas como la reinterpretación (Compton et al., 2004).

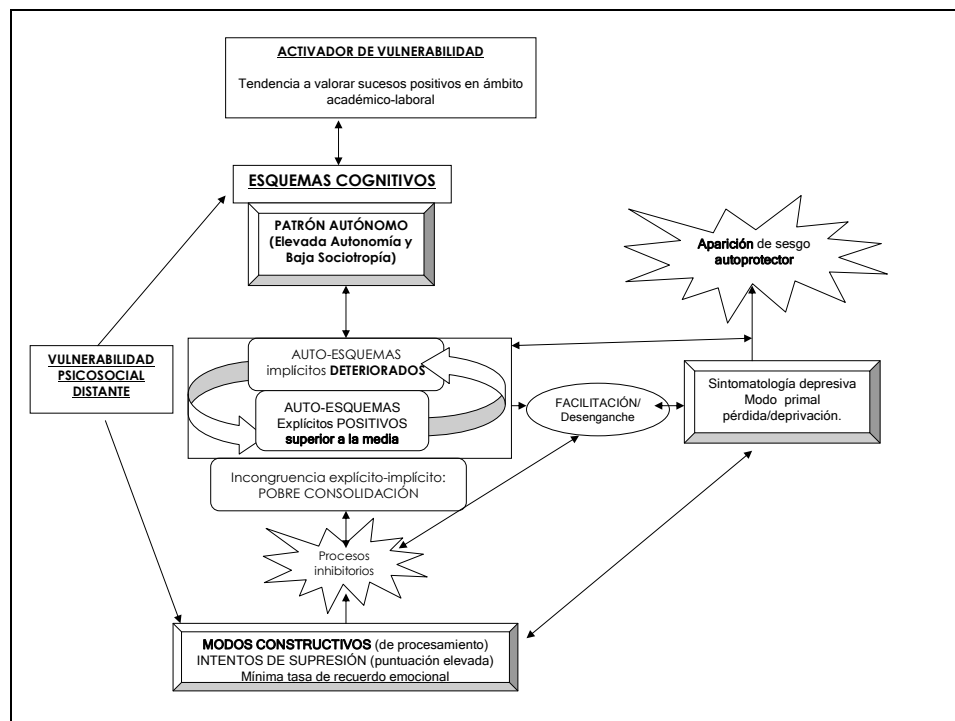
En el área de sesgos cognitivos, el único sesgo observado fue similar a la muestra de riesgo depresivo, mostrando mayores tiempos de respuesta en el reconocimiento de estímulos positivos, lo que puede relacionarse con que estas personas se consideren a sí mismas “inexpertos” en el ámbito emocional positivo. La ausencia de sesgos atencionales diferenciales quizás responda a la baja persistencia en tareas que requieren auto-control observada en personas de elevada sociotropía, al contrario que las personas de elevada autonomía (Sato, Harman, Donohoe, Weaver y Hall, 2010): debe recordarse que los sesgos observados en otros grupos responden a un sobreesfuerzo por compensar la atención hacia estímulos emocionales.

En el área de estrés subjetivo, el patrón sociótropo facilitaría la percepción de dificultades cotidianas (estimaciones de mayor frecuencia y mayor impacto emocional)

desencadenando la aparición de síntomas depresivos con mayor probabilidad. Una posibilidad, sin embargo, es que las valoraciones de estrés estén contaminadas por los síntomas depresivos, dado que la depresión se ha visto asociada repetidamente con la tendencia a sobrevalorar el impacto estresante de los sucesos y la frecuencia de las dificultades diarias (p.ej: Hammen, 2005; Liu y Alloy, 2010).

7.2.4. Patrón Autónomo

Figura 8. Aplicación del modelo al patrón “Autónomo”



En las personas de patrón autónomo (elevada Autonomía, baja Sociotropía), se observa una discrepancia entre autoconcepto explícito e implícito manifestándose una acentuación del sesgo positivo en el autoconcepto explícito (se adjudican menos descriptores negativos que el resto de grupos) pero una ausencia del sesgo protector en el autoconcepto implícito (ausencia de discriminación en los tiempos de aceptación y rechazo de descriptores negativos). Es interesante destacar que coinciden en el deterioro

del autoconcepto implícito con el patrón sociótropo pero se diferencian drásticamente en la manifestación a nivel explícito. La coincidencia a nivel implícito puede responder a los elevados niveles de autocrítica (subescala que correlaciona tanto con Sociotropía como con Autonomía, si bien pertenece a esta última escala). La autocrítica generaría un constante cuestionamiento y, por tanto, mayor inseguridad en el autoconcepto. La diferencia a nivel explícito apunta a la disponibilidad de un autoesquema positivo que supondría un potencial factor protector, aunque condicionado probablemente a la consecución de logros, el control y la separación defensiva. El papel protector de algunos rasgos de la autonomía, como la consecución de metas de forma independiente, ha sido sugerido en estudios previos (p.ej: Bieling et al., 2000; Alloy, Abramson, Whitehouse et al., 2006; Iacoviello et al., 2009).

Paradójicamente, la sintomatología depresiva provoca en este patrón la aparición de un sesgo autoprotector (aumento del tiempo de respuesta al aceptar descriptores negativos)³²: la autocrítica parece reducirse en vez de aumentar (como ocurría en el resto de grupos y como es esperable en coherencia con los síntomas depresivos). Es posible que la interpretación subjetiva de los síntomas (p.ej. connotaciones de debilidad asociadas a la tristeza) haga aumentar la auto-amenaza percibida, poniendo en marcha todas las estrategias disponibles con el fin de evitar la manifestación de un autoconcepto negativo.

Un tipo de estrategia que el patrón autónomo manifiesta utilizar es la supresión cognitiva (donde no se diferenciaban del grupo de puntuación máxima, el patrón mixto). La repercusión de estos intentos de supresión en la atención a estímulos emocionales parece resultar, en el caso de las personas de patrón autónomo, en una capacidad para desengancharse, manifestándose un efecto de facilitación incluso en la presencia de

³² Dado que no se encontraron diferencias significativas a nivel explícito, se deduce que a ese nivel seguían la tendencia general, asociada a la sintomatología depresiva, de suavizar el sesgo positivo (reduciendo la proporción de adjetivos positivos auto-adjudicados y aumentando la de negativos).

sintomatología depresiva y un mínimo procesamiento del significado emocional de los estímulos distractores (mínima tasa de recuerdo de palabras emocionales).

El éxito de este grupo en la aplicación de las estrategias de supresión ante el tipo de tarea planteada puede estribar en la menor consolidación o desarrollo de constructos emocionales en el estilo personal autónomo (área socioafectiva caracterizada por la necesidad de control y separación defensiva). Abramowitz et al (2001) sugieren que cuantos más vínculos semánticos mantiene el elemento a suprimir, mayor número de objetivos durante la auto-monitorización, lo que generaría un mayor efecto rebote. Invertiendo el razonamiento, podemos inferir que un pobre desarrollo de los contenidos a suprimir puede reducir el efecto rebote y, con ello, aminorar las dificultades para el desenganche atencional de los estímulos.

El patrón autónomo muestra en la interpretación de estresores una tendencia a la valoración de sucesos positivos en el ámbito académico-laboral, coherente con los intereses propios de este perfil: la regulación de sus emociones y su autoestima puede depender de esos sucesos, contribuyendo a mantener el autoesquema explícito positivo. Debería considerarse, sin embargo, que la exploración de estresores no evaluaba de forma específica aquellos relacionados con la capacidad de control del sujeto. Frewen y Dozois (2006a) advierten que deberían considerarse sucesos que restringen la independencia, aunque no impliquen explícitamente fracaso, y que la respuesta emocional ante la pérdida de control podría incluir respuestas emocionales diferentes a la tristeza, como la irritabilidad o la hostilidad. La importancia de la necesidad de control en relación con la sintomatología depresiva ha sido destacada en estudios previos (Mazure et al., 2000) y en los modelos de indefensión aprendida (Seligman, 1975; Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) y de depresión por desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Alloy y Clements, 1998).

Precisamente la relación de la autonomía con otras respuestas emocionales diferentes a la tristeza constituye otro factor explicativo de la facilidad para desenganchar la atención mostrada por el patrón autónomo. En escucha dicótica, se ha observado que la tristeza facilita una ventaja del oído izquierdo, mientras que el enfado y la hostilidad parecen relacionados con una menor lateralización o incluso con una acentuación de la ventaja del oído derecho (Gadea, Espert, Salvador y Martí-Bonmatí, 2011; Mitchell y Harrison, 2010). Las diferencias en el significado emocional de los estímulos deberían por tanto ser tenida en cuenta en posteriores estudios, dado que descriptores como “fracasado” o “incompetente” podrían asociarse a un estado emocional distinto a la tristeza e influir en el tipo de procesamiento realizado durante la tarea.

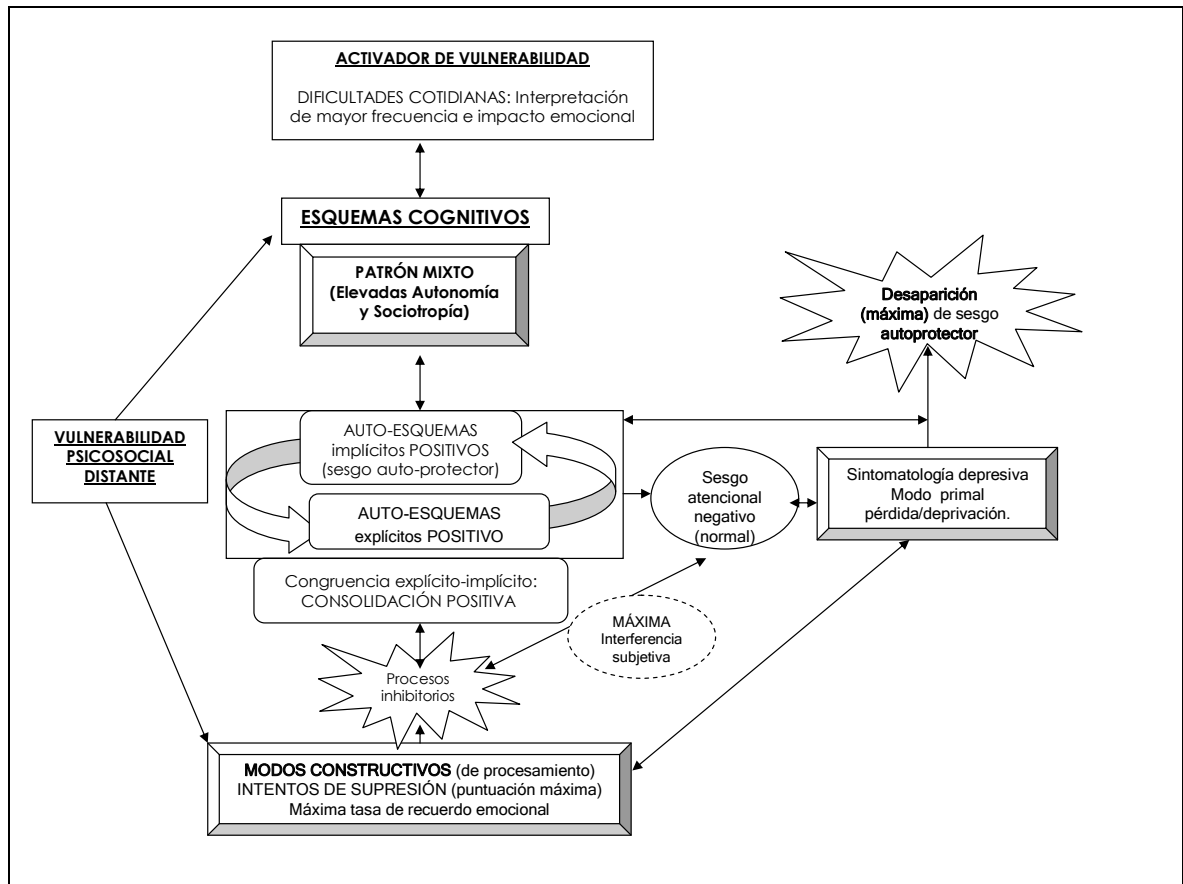
Además, es interesante destacar que si bien la autonomía conseguía desengancharse aparentemente del material emocional presentado en la prueba atencional, no seguía un patrón normalizado sino una “excesiva” facilitación o tendencia al desenganche. Aunque esto fue interpretado inicialmente como un funcionamiento adaptativo por ser contrario al patrón depresivo, posteriormente se observó que la ausencia de sesgo atencional explícito se relacionaba la sintomatología depresiva en el seguimiento. Debe recordarse que los sesgos pueden cumplir una función adaptativa y que la evitación de información emocional amenazante puede reducir el impacto agudo inicial a cambio de un precio demasiado elevado en términos de salud mental (Bar-Haim et al., 2010).

La posible conexión entre Autonomía y sintomatología depresiva en el seguimiento podría encontrarse en la dimensión de perfeccionismo/autocrítica, única dimensión que mostró una relación significativa. Se requiere, sin embargo, mayor investigación dado que este perfil de vulnerabilidad psicológica podría relacionarse con otros niveles de depresión (i.e. depresión grave), otros síntomas (p.ej. irritabilidad y explosiones agresivas), o incluso con otras patologías (como trastornos de ansiedad o alimentarios) no suficientemente

exploradas en esta investigación.

7.2.5. Patrón mixto

Figura 9. Aplicación del modelo al patrón mixto



La combinación de Sociotropía y Autonomía en lo que se ha denominado en esta investigación “patrón mixto” implica un sesgo auto-protector a nivel implícito que no mostraba ninguno de los dos patrones previos, evidenciándose un funcionamiento diferente a “la suma de las partes”. Aunque la combinación de este sesgo positivo con un auto-concepto explícito normalizado resultaría en una adecuada consolidación del modelo de auto-representación con una valencia predominante positiva, este grupo presentaba

algunos indicadores de carácter disfuncional: mantenía las puntuaciones más bajas en pensamientos automáticos positivos (tanto en estudio 2 como en estudio 3), la puntuación máxima en intentos de supresión, la mayor tasa de recuerdo incidental emocional, e interpretaba mayor frecuencia e impacto emocional en el estrés cotidiano (esto último, al igual que las personas en riesgo depresivo por historia previa y las de patrón sociótropo). Además, la presencia de sintomatología depresiva se relacionaba en este patrón con la desaparición máxima del sesgo auto-protector y la combinación con una historia previa de episodio depresivo se asociaba con una menor proporción de adjetivos autoadjudicados, lo que podría ser interpretado como un mecanismo defensivo.

Es interesante observar que, a nivel de estrategias de regulación, referían emplear los intentos de supresión en la misma intensidad que el patrón “autónomo” pero, justo al contrario que ellos, mostraban la máxima tasa de recuerdo emocional y la máxima puntuación en interferencia subjetiva durante la tarea de escucha dicótica. La percepción subjetiva de dificultades para desenganchar la atención pueden relacionarse con una elaboración del significado de los estímulos en estadios post-atencionales (Mathews, Ridgeway y Williamson, 1996), como lo demuestra la elevada proporción de recuerdo incidental emocional. Retomando el argumento de Abramowitz et al (2001), es posible que los estímulos presentados evocaran una multiplicidad de vínculos semánticos en el sistema cognitivo de este patrón, generando más objetivos de auto-monitorización durante la supresión y produciendo por tanto un mayor efecto paradójico de reactivación de significados post-supresión.

Se observa así que la eficacia de las estrategias de regulación está también condicionada por el patrón de vulnerabilidad cognitiva. Por ejemplo, Butler (1993) encontró que el patrón mixto combinado con historia previa de depresión se caracteriza por usar más respuestas de afrontamiento orientado a la emoción, lo que este autor explica desde la elevada tensión emocional por la excesiva autoexigencia en diferentes

planos. Esa tensión emocional por excesiva autoexigencia puede verse reflejada en las interpretaciones de estrés subjetivo (mayor frecuencia e impacto emocional de estrés cotidiano) y podría predecir un fracaso de las estrategias de supresión en la regulación de sintomatología depresiva, ya que la tendencia a suprimir pensamientos predice mayor grado de sintomatología depresiva ante situaciones de mayor estrés (Beevers y Meyer, 2004).

En la presente investigación, la combinación de Sociotropía y Autonomía predecía depresión concurrente (estudio 2) pero en el seguimiento a los cuatro meses el modelo de regresión incluía sólo la sociotropía, aunque la autocrítica/perfeccionismo (subescala de Autonomía) mantenía una relación significativa con la sintomatología depresiva. No se puede concluir por tanto que el patrón mixto suponga el grupo más vulnerable a la depresión, pero plantea suficientes interrogantes como para ser estudiado de forma diferencial en futuras investigaciones. Se requerirían sin embargo para su estudio mejoras en los métodos de medida, con una mayor sensibilidad a la variabilidad en términos temporales y contextuales, dadas las oscilaciones que puede sufrir este patrón (Zuroff et al., 2004).

7.3. Limitaciones y Alternativas

En el presente apartado, se intentarán analizar las principales limitaciones de la presente investigación junto a posibles aspectos a mejorar en posteriores investigaciones.

Estímulos Experimentales:

- **Frecuencia de uso** de los estímulos verbales. Aunque se intentó tanto en estudio 1 como en estudio 2 equiparar los pares de palabras de la tarea de escucha dicótica en función de su frecuencia de uso, tal y como recomiendan Donaldson et al. (2007), no fue posible. Esto contaminó los resultados dado que no podía asegurarse que la mayor

atención prestada a los estímulos negativos se debiera a sus características semánticas (emocionalidad) o simplemente a su menor frecuencia subjetiva de uso. Esta dificultad advierte de la necesidad de ampliar el listado de adjetivos medidos en emocionalidad y frecuencia con el que se cuenta actualmente para este tipo de investigaciones, pero también refleja una realidad en el uso del lenguaje emocional: las palabras negativas tienden a usarse con menos frecuencia que las positivas (Pérez-Dueñas, Acosta, Megías y Lupiáñez, 2010).

- **Estímulos autodescriptivos generados por el experimentador vs Estímulos idiosincrásicos.** Presentar el mismo conjunto de estímulos para todos los participantes facilita la comparación entre los mismos pero no controla las diferentes connotaciones que el mismo estímulo tiene para diferentes participantes y supone constreñir a los sujetos en su selección de información sólo a lo que el experimentador provee. Procedimientos alternativos que permitieran una generación espontánea de rasgos significativos para cada participante revelaría las dimensiones cognitivo-emocionales más significativas, aproximándose más a la realidad de los autoesquemas. Las diferentes auto-representaciones de una persona incluyen distintas perspectivas en su autodescripción (cómo debería ser, cómo le gustaría ser, cómo teme ser...) que actúan como referentes claves en la valoración del sí mismo y, por tanto, en la autoestima. La técnica de la rejilla de Kelly (1955) supone un instrumento de medida que se ajustaría a las características necesarias mencionadas (Feixas y Cornejo, 1996; Saúl y Bello, 2004) si bien implicaría elevados costes en términos de aplicación, análisis y posterior ajuste de los estímulos a las tareas experimentales.

Medidas empleadas:

- **Medidas de rendimiento atencional:** Las medidas empleadas en la tarea atencional presentan la dificultad de confundir diferencias producidas por procesos de entrada

(procesamiento de información, sesgos atencionales) con diferencias producidas en los procesos de salida (producción de la respuesta tanto verbal -repetir el estímulo- como motora -pulsar la tecla ante estímulo visual). Además, el efecto techo pudo deteriorar la sensibilidad de las medidas del rendimiento atencional a pesar del aumento de frecuencia en la presentación de estímulos en el estudio 2. Se debe destacar que las diferencias observadas en el cuestionario de valoración subjetiva de dificultades en la tarea de escucha dicótica no se reflejaban en la ejecución real, lo que apunta a que las estrategias compensatorias conseguían superar los niveles de carga cognitiva de la tarea. Además de la posibilidad de incrementar aún más la frecuencia de presentación de los pares de palabras, podría aumentarse el conflicto cognitivo con un aumento de volumen del canal a ser ignorado (Hugdahl et al., 2009). Recientemente, en el ámbito de la neuropsicología, Saetrevik y Specht (2009) proponen una metodología modificada de escucha dicótica con priming que podría contribuir a investigar la inhibición e interferencia en la modalidad auditiva de forma similar a la tarea de la señal espacial modificada (Fox et al., 2001).

- Un **contrabalanceo en el orden de las tareas** de escucha dicótica y codificación auto-referente realizando de forma previa la codificación auto-referente hubiera permitido analizar la influencia de un priming semántico (procesamiento semántico durante la tarea de codificación auto-referente) sobre los sesgos atencionales. Comprobar la influencia de un priming facilitaría confirmar que los sesgos atencionales se producen por una organización cognitiva de constructos negativos que refleja la experiencia personal y no tanto por una sensibilidad indiferenciada a estímulos emocionales (Segal et al., 1995).

- **Medidas psicométricas:** En cuanto a la *sintomatología depresiva*, habría sido interesante contar con un registro del número de episodios depresivos previos no dependiente de sesgos mnésicos del propio participante. Asimismo, habría sido más preciso contar con la presencia actual de episodio depresivo tanto en el estudio 2 como en el seguimiento (estudio 3) además de la sintomatología depresiva mediante inventario. En *sintomatología*

ansiosa, deberían incluirse medidas que fueran más allá de la sintomatología psicofisiológica de la ansiedad. Con respecto a la medida de **supresión cognitiva**, la actual versión del inventario WBSI incluye ítems tanto de intentos de supresión como de presencia de pensamientos intrusos, sin definir aún una estructura clara. Sería necesario definir los ítems relacionados con síntomas o post-efecto de la supresión y los relacionados con la propia estrategia de intentar suprimir pensamientos indeseados. En el instrumento empleado para medir **estrés subjetivo** podría evaluarse específicamente el impacto en autovalía de los sucesos vitales (Frewen y Dozois, 2006b).

- **Estrategias de medida estandarizadas versus individualizadas.** Solomon et al. (2003) sugieren que inventarios como el PSI excluyen determinadas creencias nucleares, y proponen como alternativa el uso de estrategias de medida individualizadas en las que la persona pueda definir los dominios auto-evaluativos y su posición respecto a ellos. De nuevo, la técnica de la rejilla puede aportar una compleja pero sugerente medida a ser empleada dando cuenta de esta necesidad de individualizar la medida.

- **Ausencia de medidas relevantes.** Si bien algunas de estas medidas fueron consideradas previamente y excluidas del proyecto final con el fin de evitar la saturación de medidas, a lo largo del análisis de datos y extracción de conclusiones, destacan diversos factores que sería útil incluir en futuras investigaciones, tales como el estilo rumiativo, tratamientos previos (farmacológico, psicológico, combinado), recursos de afrontamiento y factores motivacionales en la regulación emocional (Hervás, 2011). Asimismo, sería conveniente profundizar en la medida de variables como el perfeccionismo (Hewitt et al., 1996) y la hostilidad (Frewen y Dozois, 2006a).

Muestra de la investigación:

Posiblemente una de las principales limitaciones de esta investigación es la validez de población, dada la sobrerrepresentación de mujeres, la escasa representación de

participantes en niveles graves de sintomatología depresiva y las características sociodemográficas de la muestra universitaria, que por edad y grado educativo compromete seriamente la generalización de resultados. La edad puede, además, *ocultar* a personas vulnerables que aún no han experimentado un suceso negativo lo suficientemente intenso como para disparar síntomas depresivos significativos.

Validez Estadística:

La **dicotomización de variables** supone un riesgo de pérdida de potencia estadística (MacCallum, Zhang, Preacher y Rucker, 2002). La estrategia de dividir a los participantes en función del valor de la mediana (en vez de cuartiles) presenta la ventaja de no perder sujetos pero la desventaja de reducir las diferencias entre grupos, más aún cuando se hace un seguimiento de los mismos (posible efecto de regresión a la media). A pesar de todo, en este estudio la dicotomización de variables facilitaba estudiar mediante análisis de varianza una variable intrasujeto fundamental (valencia) y su interacción con el resto de variables independientes. Esto no excluyó el empleo de otros métodos de análisis estadístico (análisis de correlaciones, análisis factorial, análisis discriminante, regresión lineal) que enriquecieron y contribuyeron a filtrar la información obtenida en el análisis de datos.

Por otra parte, las **diferencias previas existentes entre los grupos** (p.ej: en el caso de personas con historia previa de depresión) puede contaminar los resultados y el uso del análisis de covarianza no controla suficientemente esa fuente de contaminación (Miller y Chapman, 2001).

7.4. Conclusiones

7.4.1. Implicaciones para los modelos de vulnerabilidad

Una primera observación que debe recordarse es que cualquier teoría completa que pretenda explicar la depresión debería considerar los posibles factores biológicos, psicológicos y sociales que convergen en la patogénesis de la depresión. Esta tesis se ha centrado en *algunos* factores *psicológicos* relacionados con el origen y mantenimiento de los síntomas depresivos, sin que ello implique negar la existencia de otros factores que también contribuyen al desarrollo de los mismos. Es más, ninguna de las variables estudiadas se considera condición *necesaria* para el inicio de un cuadro depresivo.

En ese sentido, las personas previamente deprimidas pueden estar en riesgo por muchas razones, dada la heterogeneidad de factores de vulnerabilidad, y puede que sólo en un subconjunto de ellas se manifiesten las variables cognitivas. Algunos autores plantean la posibilidad de que las variables de vulnerabilidad cognitiva predigan sólo un subtipo de depresión (“depresión mediada cognitivamente”, Alloy, Abramson, Safford y Gibb, 2006) o unos determinados síntomas y no otros. Sin embargo, la relación entre el factor de riesgo “historia de episodio depresivo” y la vulnerabilidad cognitiva (Sociotropía y Autonomía) se ha encontrado de forma repetida, hasta el punto de solaparse sus predicciones (p.ej: Otto et al., 2007), lo que apunta a que la mencionada variedad de factores de vulnerabilidad no oscurece el importante papel de los estilos personales en la depresión. En el estudio longitudinal de la presente investigación, este posible solapamiento no sólo se manifestaba en las puntuaciones más elevadas en Sociotropía de los previamente deprimidos sino en el modelo de predicción, en el que el factor de riesgo “historia previa de depresión” no era significativo, con indicadores de colinealidad que apuntaban a su relación con la Sociotropía revisada y el Autoesquema depresivo. La precisión de la medida (suprimir la subescala “Dependencia” de la escala total de

Sociotropía, o introducir sólo la subescala “Complacer a otros” en el caso de participantes previamente asintomáticos) y la separación de Sociotropía y Autonomía en diferentes factores pudieron contribuir a clarificar esta relación. Posteriores investigaciones deberían intentar precisar lo máximo posible las diferentes dimensiones incluidas en “vulnerabilidad cognitiva” dado que no todas parecen tener el mismo peso y ello puede confundir los resultados.

Sin embargo, otra dirección en la relación riesgo-vulnerabilidad es posible: la vulnerabilidad puede fluctuar a lo largo del ciclo vital de la persona y sus diferentes experiencias y circunstancias psicosociales, incluida la influencia de una experiencia depresiva (p.ej: Coyne y Whiffen, 1995). Una persona que ha atravesado la experiencia de una depresión puede quedar sensibilizada hasta el punto de reorganizar su vida y sus relaciones para evitar sentirse así de nuevo (Coyne, Gallo, Klinkman y Calarco, 1998). Paradójicamente, esos esfuerzos por *escapar* de una nueva depresión pueden desembocar en un aumento de la vulnerabilidad al tratar, por ejemplo, de cumplir rígidas exigencias para evitar el sentimiento de inutilidad o intentar cumplir en todo momento las expectativas ajenas con el fin de amortiguar el sentimiento de culpa o la soledad. Este funcionamiento puede estar conectado con el hallazgo de la presente investigación de un autoconcepto implícito negativo frente a un autoconcepto explícito positivo en las personas con antecedentes depresivos.

Podía caber también la duda de que la Sociotropía se asocie con sintomatología depresiva concurrente y eso sea lo que la convierte en un buen predictor. Estas dudas estarían justificadas, por ejemplo, en los modelos de auto-representación deteriorados, tanto a nivel explícito como implícito. Sin embargo, se encuentra que la subescala “Complacer a otros” es significativa en la predicción de depresión en participantes previamente asintomáticos (BDI-II <12), lo que descarta, al menos parcialmente, esta posibilidad. Por otra parte, el factor de riesgo “historia de episodio depresivo” no predijo

diferencias significativas en esta submuestra. Se confirma así que la contribución de la Sociotropía, o al menos de su subescala “Complacer a otros” va más allá de ser un simple correlato de la depresión o una secuela de episodios previos.

En cualquier caso, aunque la relación de Sociotropía con vulnerabilidad a la depresión se ha observado en otros estudios (p.ej: Alloy, Abramson, Whitehouse et al., 2006), se deben considerar las peculiaridades de la población empleada, dado que su edad y tipo de ocupación puede hacer que el tipo de estresores negativos habituales esté relacionado con el área interpersonal, interactuando por tanto más con la vulnerabilidad sociotrópica y facilitando un autoconcepto negativo.

La Autonomía sin embargo no sólo no mantuvo una relación consistente con el riesgo depresivo ni predijo sintomatología depresiva sino que parecía mostrar un funcionamiento *adaptativo* peculiar, si bien se precisa más investigación para profundizar en su funcionamiento, estrategias de afrontamiento y relación con otros patrones sintomáticos y emocionales. Debería profundizarse en el rol del perfeccionismo/autocrítica (que sigue direcciones distintas al resto de componentes de la escala) y en la relación de las dimensiones de Separación Defensiva y Necesidad de control con Hostilidad. Podría asimismo ser interesante analizar su relación con otras psicopatologías como trastornos de ansiedad y trastornos alimentarios. Precisamente, dentro de los modelos explicativos de trastornos alimentarios se incluyen frecuentemente variables como la necesidad de control, la separación defensiva y el perfeccionismo (p.ej: Kirszman y Salgueiro, 2002) y estudios previos han demostrado su relación tanto con sociotropía como con autonomía (p.ej: Narduzzi y Jackson, 2000), así como su comorbilidad con la sintomatología depresiva (Matthews y Lynn, 2008; Santos, Richards y Bleckley, 2007).

Sociotropía y Perfeccionismo/Autocrítica no parecen ser, en cualquier caso, variables específicas de vulnerabilidad a la depresión. Los resultados encontrados en ansiedad apuntan a que tanto estas variables como indicadores de la tarea de codificación

auto-referente relacionados podrían ser dimensiones comunes de vulnerabilidad psicológica a la ansiedad y la depresión. Más aun, observando que todas las variables están relacionadas con la percepción de sí mismo, la autovalía y las condiciones para conseguirla, se podría considerar que el perfeccionismo, como variable bidimensional (auto-orientado y socialmente prescrito), podría constituir una adecuada síntesis de los factores de vulnerabilidad común referidos. De hecho, la rigidez del perfeccionismo daría la clave para diferenciar patología y normalidad: no es la importancia dada a los demás o a los propios logros lo disfuncional, sino el hecho de hacer depender la autoestima de ello (Lindsay y Scott, 2005).

Aceptada como variable común de vulnerabilidad el perfeccionismo/autocrítica, quedaría resolver qué hace que se manifieste una sintomatología u otra. Se ha propuesto que las preocupaciones en relación a metas específicas podrían determinar el desarrollo de un trastorno u otro, identificando significados de pérdida con la depresión y significados de amenaza con la ansiedad (p.ej: Harvey et al., 2004). Ello es compatible con considerar que “amenaza” y “pérdida” sean diferentes momentos de un mismo proceso. Las contingencias extremas y rígidas para la autoestima representadas por las actitudes disfuncionales y los estilos personales de Sociotropía y Autonomía suponen una amenaza constante de incumplimiento y, por tanto, de evaluación negativa por su excesiva exigencia y falta de realismo, lo que llevaría fácilmente a una elevada activación y ansiedad. Cuando la percepción subjetiva es de una pérdida efectiva de autovalía por el incumplimiento constatado de dichos estándares, prevalecería la sintomatología depresiva. Sería por tanto el momento del proceso en el que se encuentra la persona lo que decidiera la manifestación de sintomatología ansiosa o depresiva. Aunque se precisa mayor investigación para confirmar estas conclusiones, es obvio que los resultados apoyan la necesidad de una perspectiva transdiagnóstica en la investigación y tratamiento

de la ansiedad y la depresión (p.ej: Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard y Barlow, 2010).

El sesgo atencional explícito ante estímulos específicamente relacionados con depresión constituye un proceso diferencial entre ansiedad y depresión y un predictor significativo de la sintomatología depresiva incluso en individuos asintomáticos previamente. Se confirma así la existencia de un procesamiento atencional peculiar en personas que pueden ser vulnerables a la depresión. Sin embargo, su dirección no es la esperada (más dificultades de desenganche en vulnerables) sino lo contrario: menos sesgos se relacionan con más sintomatología en el seguimiento a los cuatro meses. La razón de esta paradoja puede encontrarse en el hecho de tratarse de una medida explícita y, como tal, susceptible del control del participante. Debe recordarse que la medida implícita apuntaba a una dirección diferente en los resultados tanto del estudio 1 como del estudio 2 (los tiempos de reacción más largos se asociaban con depresión y se relacionaban con autoconcepto deteriorado) y que, a lo largo de la investigación, se ha constatado que los participantes ponían en marcha estrategias para compensar la interferencia percibida. Una posibilidad a considerar, dadas las características de la tarea, es que la medida esté registrando procesos más relacionados con la producción de respuesta (output) que con los procesos cognitivos (atencionales). El participante, por tanto, podría sufrir las dificultades para desengancharse de los estímulos, manteniéndose un procesamiento semántico posterior de los mismos, pero poner en marcha estrategias compensatorias que facilitaran dar la respuesta verbal adecuada (repetición de las palabras neutras escuchadas en el oído derecho). Además, este patrón atencional diferencial no se mostró asociado a Sociotropía (que no mostró ningún sesgo diferenciado respecto a la muestra general), lo que apunta a vías diferentes de vulnerabilidad a la depresión. Se necesitará más investigación para profundizar en estas diferencias.

El funcionamiento diferencial de las estrategias de regulación analizadas (supresión de pensamiento, estilo represor) en interacción con estilos personales e historia previa sugiere que estas estrategias son dinámicas y dependientes de factores individuales y contextuales. Mientras que en unos participantes pueden resultar “eficaces”, en otros resultan claramente ineficaces (p.ej. intentos de supresión en patrón autónomo y patrón mixto) o bien no tienen efectos en el procesamiento porque los participantes no necesitan ponerlas en funcionamiento (p.ej: el estilo represor en personas sin historia previa). Lamentablemente, no se dispone de datos sobre la asociación del estilo rumiativo con los diferentes patrones de estilos personales, pero los datos hacen inferir que el patrón mixto (con mayores intentos de supresión, mayor recuerdo emocional e interferencia subjetiva) tiene más riesgo de entrar en una espiral de autorreflexión sobre contenidos emocionales prolongando la activación de esos constructos (Hertel y Gestle, 2003). Sería necesario confirmar estas hipótesis en nuevas investigaciones.

7.4.2. Implicaciones para la investigación

De lo observado se deducen las siguientes consideraciones a tener en cuenta en futuras investigaciones en el área de vulnerabilidad a la depresión y sesgos atencionales:

- Se precisa combinar medidas de cuestionario con medidas de laboratorio, dado que las medidas de cuestionario suelen reflejar sólo los contenidos explícitos de los esquemas (p.ej: Hedlund y Rude, 1995).
- Entre las medidas de cuestionario, es relevante incluir medidas de las estrategias compensatorias que emplean los participantes, dado que se muestran relevantes en la predicción del comportamiento en las tareas experimentales. Sin embargo, deben mejorarse las medidas disponibles actualmente con el fin de reflejar los cambios en función de los factores contextuales. Sería asimismo deseable analizar también sus cambios en función de factores temporales en estudios longitudinales.

- En las medidas de cuestionario de la Sociotropía y la Autonomía, se muestra claramente superior el instrumento orientado a dimensiones de personalidad, el Inventario de Estilos Personales (PSI-II, Robins et al., 1994), frente a la escala de actitudes disfuncionales DAS (Weissman, 1979): aparece un patrón de resultados más claro y los datos del test-retest confirman la Sociotropía y Autonomía como variables estables y no como factores reactivos a los síntomas depresivos.

Además, en el uso de este instrumento debería considerarse:

- a) El análisis por subescalas como dimensiones psicológicas diferenciadas incluidas dentro del constructo “vulnerabilidad cognitiva”. Se observa, por ejemplo, la relevancia de “Complacer a otros” en Sociotropía y de “Autocrítica/perfeccionismo” en Autonomía. Si no se consideran estos niveles, se corre el riesgo de descartar una dimensión relevante por la escasa significación de otras dimensiones que la acompañan (p.ej: Iacoviello et al., 2009). Además, esta consideración de forma separada de las dimensiones debería mantenerse en el análisis de la hipótesis de la congruencia estresores-vulnerabilidad (Frewen y Dozois, 2006a) y en el análisis de patrones de síntomas y emociones, atendiendo también a Hostilidad, Ansiedad o Trastornos alimentarios.
- b) Requiere más desarrollo el perfeccionismo/autocrítica, dado que es la subescala que correlaciona tanto con el factor Sociotropía como con el factor Autonomía y puede dar claves comunes en la patogénesis de ansiedad y depresión.
- c) La combinación de Sociotropía y Autonomía no sólo es posible sino que se manifiesta como un patrón diferenciado, con resultados muy distintos al patrón sociótropo (p.ej: mínima interferencia subjetiva versus máxima en el patrón mixto) y al patrón autónomo (p.ej: mínima tasa de recuerdo

emocional versus máxima en el patrón mixto). Es necesario continuar analizando en posteriores investigaciones los efectos diferenciales de la combinación de Sociotropía y Autonomía.

- En las medidas de laboratorio, se deben incluir:
 - a) Tanto medidas explícitas como implícitas. Los participantes son muy capaces de estar atentos y ejercer algún tipo de control sobre sus respuestas en las tareas de laboratorio, pero existen indicadores o medidas implícitas por ser incidentales o periféricas a la tarea primaria que aportan claves fundamentales para la vulnerabilidad cognitiva. Las medidas implícitas serían más sensibles en la detección de procesos cognitivos subyacentes menos susceptibles de control (p.ej: Maalouf, Clark, Tavitian, Sahakian, Brent y Phillips, 2012).
 - b) Estímulos específicamente relacionados con depresión. Debe tenerse en cuenta que estímulos denominados en algunos estudios como “amenazantes socialmente” (p.ej: Mathews, Ridgeway y Williamson (1996) incluyen información negativa de aspectos de sí mismo que se incluyó en la presente investigación (p.ej: desesperanzado, inepto, humillado, indeciso, solo, inútil, estúpido...) y que han mostrado su relación con la depresión (Jiménez et al., 1998).
 - c) Estímulos tanto positivos como negativos. En la presente investigación, los estímulos positivos se consolidan como más relevantes en la detección de sesgos atencionales (p.ej: la reducción de sesgo atencional positivo predice sintomatología depresiva en niveles leve y moderado en un período de seguimiento de cuatro meses).
 - d) Estímulos de frecuencia subjetiva de uso equiparada, para lo que se requiere una ampliación de los estímulos actualmente disponibles.

e) Tareas que preferentemente no confundan los procesos de output e input.

En ese sentido, la tarea de escucha dicótica no es buena candidata a investigar los procesos de interferencia e inhibición asociados a la vulnerabilidad depresiva, resultando más adecuados otros métodos de medida más directos de los procesos atencionales como por ejemplo la medida de la atención visual mediante el registro de los movimientos oculares (Ruiz, Rahona, Hervás, Vázquez y Ulrich, 2011).

- El priming cognitivo o emocional (IEA) aunque puede facilitar la observación de sesgos en individuos vulnerables no es imprescindible en la observación de sesgos depresivos. La necesidad de priming puede en ocasiones responder más a la falta de sensibilidad de las medidas empleadas o a una insuficiente carga cognitiva necesaria para obstaculizar los procesos de auto-regulación. Es más, constituye un foco de interés la observación del funcionamiento atencional sin inducción de estado de ánimo dado que, aunque puede no seguir la línea esperada en coherencia con la depresión (p.ej: sesgo atencional explícito), manifiesta un patrón diferencial respecto al resto de participantes que puede dar claves del funcionamiento de las personas vulnerables en condiciones más ecológicas (sin inducción).
- En las medidas de estrés, se confirma la importancia de los estresores cotidianos de baja intensidad así como la interpretación subjetiva de los mismos.

7.4.3. Implicaciones para la intervención psicológica

“...we as therapists are “attention deployers”...”

(Goldfried, 1995, p.223)

Existen importantes consideraciones de tipo práctico que mantienen relación con esta investigación. En primer lugar, es un imperativo científico la necesidad de refrendar las intuiciones derivadas de la observación clínica mediante datos empíricos procedentes de la psicología experimental. La evidencia empírica en cuanto a tratamientos psicológicos se ha centrado en las últimas décadas en la comprobación de la eficacia de las técnicas terapéuticas, y no tanto en la verificación de los principios teóricos en que supuestamente se basan. La terapia cognitivo-conductual se ha mostrado un método eficaz (ver meta-análisis de Butler et al., 2006) y eficiente, que consigue cambiar los estilos cognitivos negativos en mayor medida que las terapias farmacológicas y tratamientos placebo (p.ej: Hollon, Stewart y Strunk., 2006) reduciendo el riesgo de recaídas (Hollon et al., 2005). Sin embargo, aún sigue sin contrastarse empíricamente parte de su base teórica. Ciertamente, como ya ha ocurrido en otras técnicas de psicoterapia, la práctica clínica puede funcionar independientemente de las dudas sobre los mecanismos que la explican, y posiblemente tengamos que trabajar mucho tiempo en estos niveles de incertidumbre. Pero buscar la fundamentación teórica que explique la efectividad de determinadas terapias no sólo tiene implicaciones de carácter teórico, sino también eminentemente práctico, ya que si no conocemos por qué funciona determinada técnica, tampoco sabremos por qué no funciona cuando llegue el caso. Un mejor conocimiento de los procesos de vulnerabilidad está así íntimamente relacionado con la optimización de los tratamientos y el diseño de estrategias de prevención de recaídas (Vázquez, Hervás y Hernangómez, 2008; Vázquez et al., 2010), así como con la detección precoz de personas

en riesgo. Por ejemplo, la simple tarea de codificación auto-referente muestra, en sus medidas implícitas, una herramienta útil para detectar vulnerabilidad en el autoconcepto, relacionado con sintomatología depresiva y ansiosa, si bien se necesitaría establecer baremos en diferentes poblaciones.

Dado que la presencia de episodios depresivos previos, como factor de riesgo, sólo predice un aumento de la probabilidad de experimentar el trastorno pero no explica la causa de tal incremento, la relación con factores de vulnerabilidad que pueden explicar los mecanismos por los que ese factor actúa arroja luz sobre los objetivos de la intervención orientados a la prevención de recaídas: no podemos actuar sobre el factor de riesgo (no podemos cambiar la historia pasada de la persona), pero sí sobre variables de vulnerabilidad relacionadas con sus esquemas cognitivos. Así, una primera implicación que se desprende del papel nuclear mostrado por la subescala “Complacer a otros” es la importancia de trabajar las habilidades de afrontamiento incluidas en el concepto de asertividad dentro de los programas de tratamiento y prevención de la depresión (p.ej: Cowan et al., 2007), en especial en las personas de patrón sociótrofo en las que la influencia del apoyo social sobre la sintomatología es mayor (Bakhshani, 2007). Dada la relevancia del autoesquema en la cognición depresiva, en el tratamiento de estas habilidades de asertividad es fundamental considerar las implicaciones que tiene para la identidad personal “convertirse en una persona asertiva”, dado que de esas interpretaciones dependerá el éxito o la resistencia al tratamiento (Feixas, Sánchez, Laso, y Gómez-Jarabo, 2002; Winter, 1988, 1992). Ello puede explicarse por un concepto vinculado a la autodiscrepancia como es el dilema implicativo (Hinkle, 1965; Ryle, 1979; Tschudi, 1977). Ryle (1979) definió los dilemas implicativos como dicotomías falsas que restringen las posibilidades de elección (ej. *“o eres depresiva o eres egoísta”*) o implicaciones falsas que explicarían la resistencia al cambio (ej. *“si soy alegre entonces seré superficial”*). Partiendo de la diferenciación entre constructos discrepantes (en los

cuales la persona sitúa el “yo actual” en un polo contrario al “yo ideal”) y congruentes (yo actual y yo ideal similares), el dilema implicativo aparecería cuando el cambio deseado en un constructo discrepante (p.ej: al paciente le gustaría cambiar y “no deprimirse fácilmente”) implica un cambio no deseado en otro constructo congruente (p. ej: relaciona “no deprimirse” con “ser egoísta” versus “una persona preocupada por los demás”) (Feixas y Saúl, 2004). Los datos disponibles hasta el momento apuntan a que la disminución de dilemas implicativos está relacionada con la mejora sintomática al finalizar un proceso psicoterapéutico (Feixas, Saúl, Winter y Watson, 2008), por lo que se trata de un área de intervención prometedora.

En cuanto al uso de estrategias de regulación en personas en riesgo depresivo por su historia pasada de depresión, aunque un estudio reciente no encuentra diferencias significativas en la aplicación de estrategias de reinterpretación cognitiva o refocalización positiva en pacientes en remisión (Ehring, Fischer, Schnülle, Bösterling y Tuschen-Caffier, 2008), la diferencia puede encontrarse no tanto en la frecuencia de uso sino en *cómo* se utiliza la estrategia. Por ejemplo, en la presente investigación se confirmaba la relación de riesgo depresivo con intentos de supresión cognitiva, y precisamente la asociación de la supresión de pensamientos con el uso de otros pensamientos negativos como distractores puede hacer que el empleo de la reinterpretación cognitiva se realice de forma disfuncional (Wenzlaff et al., 1988).

En el ámbito neuropsiquiátrico la escucha dicótica se ha aplicado en la última década al estudio de determinadas patologías neurológicas y psíquicas (Gadea y Espert, 2004), llegando a sugerir que las diferencias entre pacientes deprimidos en escucha dicótica pueden ayudar a definir subtipos distintos psicopatológicamente (Bruder, Wexler, Stewart, Price y Quitkin, 1999) y una respuesta diferencial a psicofármacos (p.ej: Bruder, Stewart, McGrath, Deliyannides y Quitkin, 2004). Si bien estas tareas difieren de la realizada en la presente investigación en los estímulos empleados (sílabas sin sentido),

destaca la importancia de las diferencias individuales y la orientación a distintas estrategias de tratamiento en función de las mismas. Por ejemplo, los resultados de Bruder et al. (2004) indicaron que la ventaja de oído derecho (VOD) más exagerada parece predecir una buena respuesta a fármacos antidepresivos. Curiosamente, el grupo que demostró una VOD marcada en este estudio fue el patrón autónomo (máxima facilidad para el desenganche), y existen datos que sugieren que los muy autónomos podrían mostrar una mejor respuesta a farmacoterapia (Clark et al., 1999; Peselow et al., 1992).

La selección de estrategias de tratamiento puede extenderse a los tratamientos psicológicos, como ya ha sugerido Larry Beutler en sus diferentes trabajos (Beutler y Clarkin, 1990; Beutler, Clarkin y Bongar, 2000; Beutler y Harwood, 2000). En esta investigación se han observado diferentes modos de funcionamiento asociados a los diversos patrones de vulnerabilidad cognitiva que pueden orientar la individualización del tratamiento en cuanto a estrategias y objetivos terapéuticos. Por ejemplo, en el patrón mixto se observan intentos de supresión junto a elevadas tasas de recuerdo emocional y de interferencia subjetiva, lo que podría fomentar la focalización de la atención en información negativa, contribuyendo al mantenimiento del ánimo depresivo. A nivel terapéutico, estas personas podrían beneficiarse de revertir el foco atencional hacia experiencias positivas, mediante la reorganización del entorno para que sean más frecuentes (Lewinsohn, 1975), programas de asignación gradual de tareas de agrado y dominio (Beck et al., 1979), o aprendizaje de estrategias activas de afrontamiento (Nolen-Hoeksema et al., 1993; Teasdale, 1999). Una terapia que integra estas estrategias es la terapia metacognitiva (Wells, 2008), que incluye la técnica de entrenamiento atencional (Wells, 1990) así como el desafío de creencias metacognitivas disfuncionales, con resultados iniciales prometedores (Wells, Fisher, Myers, Wheatley, Patel y Brewin, 2009).

El patrón autónomo, sin embargo, se caracterizó por intentos de supresión junto a mínimas tasas de recuerdo emocional. Es posible que una supresión extendida a estímulos positivos también suponga cortocircuitar una estrategia funcional de regulación emocional, predisponiendo a sintomatología depresiva (recuérdese que la ausencia de sesgo atencional explícito en la condición positiva se relacionaba con sintomatología depresiva en el seguimiento a los cuatro meses). Es más, lo normal era atender los estímulos negativos (ése fue el sesgo presente en toda la muestra) y ello lo podemos relacionar con que las estrategias funcionales no necesariamente pasan por ignorar las emociones negativas ni siquiera por desviar la atención de aspectos negativos: para regular una emoción, en primer lugar hay que reconocerla (p.ej: Greenberg, 2008; Gross, 1998a, 1998b). Éste es posiblemente el mayor riesgo del patrón autónomo. En la práctica clínica se observa con frecuencia que las personas con un patrón autónomo suelen etiquetarse y ser calificadas por sus otros significativos como personas “duras y resistentes” hasta el momento del trastorno, con una llamativa insensibilidad a sus propias necesidades emocionales e incluso físicas. Es posible que adopten estrategias poco sofisticadas de regulación como la supresión, evitando la sensación de descontrol y/o debilidad que puede generarles el contacto con sus emociones (Greenberg, 2008; Semerari, 2002a) y que se sientan amenazadas por la situación de dependencia que implica la relación terapéutica: son destacables las similitudes del patrón autónomo con el nivel alto de reactancia o resistencia interpersonal (Beutler y Harwood, 2000; Beutler, Moleiro y Talebi, 2002). Extrapolando las sugerencias de estos autores, el procedimiento terapéutico a seguir con los pacientes de patrón autónomo debería ser poco directivo, “sugiriendo” más que asignando las tareas terapéuticas, permitiendo siempre margen para la elección. El foco terapéutico debería centrarse en fomentar habilidades básicas de conciencia, con el objetivo de “desautomatizar” los procesos cognitivos, enseñando habilidades metacognitivas que puedan hacer esos procesos más accesibles a la reflexión

controlada, específicamente centrada en monitorizar y observar sus patrones cognitivo-emocionales sin juzgarlos y responder a ellos en función de sus necesidades. La terapia basada en conciencia plena (Segal, Williams y Teasdale, 2006), diseñada con estos objetivos, ha mostrado ya una reducción significativa en las tasas de recaída en comparación con los tratamientos cognitivo-conductuales más clásicos (Teasdale et al., 2000; Ma y Teasdale, 2004), mediante una reducción significativa y duradera de la rumiación (Mathew, Whitford, Kenny y Denson, 2010; Shahar, Britton, Sbarra, Figueredo y Bootzin, 2010) y otros sesgos cognitivos (Gilbert y Christopher, 2010; Kiken y Shook, 2012)

Las habilidades metacognitivas del paciente se configuran así como un foco fundamental del tratamiento dado que son las que orientan y motivan, conjuntamente, la atención y el uso de diferentes estrategias de regulación emocional (Hattori y Kawaguchi, 2009; Wadlinger e Isaacowitz, 2011). Estas habilidades metacognitivas se aprenden necesariamente en un contexto interpersonal (Semerari, 2002a): la interacción entre terapeuta y paciente es crucial en la creación de nuevos modos de procesamiento en la organización cognitiva del paciente (Butler, 2004), y para ello el terapeuta necesita primero establecerse como referente creando una sólida alianza terapéutica (p.ej: Safran y Muran, 2000; Semerari, 2002b). Como plantea Gillian Butler³³, continúa siendo un misterio que pasar unas pocas horas con alguien pueda producir alguna diferencia, pero puede resultarnos menos sorprendente si entendemos que podemos convertirnos en significativos para el paciente, que por ello conseguimos influir en lo que atienden y, especialmente, en *cómo* lo atienden, y que esa influencia puede convertirse en un hábito transferible a su vida cotidiana y perdurable. Optimizar esos procesos depende en gran parte del conocimiento que vamos adquiriendo a partir de la investigación, aunque en ocasiones la labor investigadora levanta más interrogantes de los que resuelve. Acaso sea

³³ "It has always been mysterious that spending a few hours with someone can make any difference at all..." (Butler, 2004, p. 305).

ésa la función de la investigación más preciosa para la práctica clínica: inquietarnos y cuestionarnos constantemente sobre nuestro quehacer cotidiano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J. R. Z., McIntyre-Smith, A., & Dechef, M. L. E. (2003). Personality predispositions to depression: A test of the specific vulnerability and symptom specificity hypotheses. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(5), 493-504.
- Abramowitz, J.S., Tolin, D.F. y Street, G.P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: a meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21 (5), 683-703.
- Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Hankin, B.L., Haefel, G.J., MacCoon, D.G. y Gibb, B.E. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context. En I.H. Gotlib y C.L.Hammen (Eds), *Handkbook of depression* (3ª ed, pp. 268-294). New York: Guilford.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. y Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L.Y., Seligman M. E. P. y Teasdale J.(1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Allen, L.B., McHugh, R. K., y Barlow, D. H. (2008). Emotional disorders: A unified protocol. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4ª ed., pp. 216-249). New York: Guilford Press.
- Alloy, L.B. y Abramson, L.Y. (1999). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: Conceptual Background, Design and Methods. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 13 (3), 227-262.
- Alloy, L.B. y Clements, C.M. (1998). Hopelessness Theory of Depression: Tests of the Symptom Component. *Cognitive Therapy and Research*, 22 (4), 303-335.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Gibb, B.E., Crossfield, A.G., Pieracci, A.M., Spasojevic, J. y Steinberg, J.A. (2004). Developmental antecedents of cognitive vulnerability to

- depression: Review of findings from the cognitive vulnerability to depression project. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 18, 115-133.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Murray, L.A., Whitehouse, W.G., & Hogan, M.E. (1997). Self-referent information processing in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Cognition and Emotion*, 11, 539-568.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Safford, S.M. y Gibb, B.E. (2006). The Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) Project: Current findings and future directions. En L.B. Alloy y J.H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 33-61). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Tashman, N.A., Berrebbi, D.S.; Hogan, M.E.; Whitehouse, W.G., Crossfield, A.G. y Morocco, A. (2001). Developmental Origins of Cognitive Vulnerability to Depression: Parenting, Cognitive, and Inferential Feedback Styles of the Parents of Individuals at High and Low Cognitive Risk for Depression. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 25, No. 4, pp. 397-423.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Whitehouse, W.G., Hogan, M.E., Panzarella, C., & Rose, D.T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 145-156
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III-R* (3ª ed. Rev.). Washington, DC: APA. Trad. esp: Barcelona, Masson, 1988.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV* (4ª ed.). Washington, DC: APA. Trad. esp: Barcelona, Masson, 1995.

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR* (4ª ed. Rev.). Washington, DC: APA. Trad. esp: Barcelona, Masson, 2002.
- Amir, N., Beard, C.; Burns, M. y Bomyea, J. (2009). Attention Modification Program in Individuals With Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 118, No. 1, p. 28-33
- Amir, N., Taylor, C. T., y Donohue, M. C. (2011). Predictors of response to an attention modification program in generalized social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 533-541. doi:10.1037/a0023808
- Amir, N., Weber, G.; Beard, C.; Bomyea, J. y Taylor, C.T. (2008). The Effect of a Single-Session Attention Modification Program on Response to a Public-Speaking Challenge in Socially Anxious Individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 117, No. 4, p. 860-868.
- Amir, N., y Taylor, C. T. (2012). Combining computerized home-based treatments for generalized anxiety disorder: An attention modification program and cognitive behavioral therapy. *Behavior Therapy*. doi:10.1016/j.beth.2010.12.008
- Ancín, I., Santos, J. L., Teijeira, C., Sánchez-Morla, E. M., Bescós, M. J., Argudo, I., Torrijos, S., Vázquez-Álvarez, B., de la Vega, I., López-Ibor, J.J., Barabash, A.; y Cabranes-Díaz, J. A. (2010). Sustained attention as a potential endophenotype for bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 235-245. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01532.x
- Andrews, F.M. y Whitey, S.B. (1976). *Social Indicators of well-being: americans perceptions of life quality*. Nueva York: Plenum.
- Baert, S., De Raedt, R. y Koster, E. H. W. (2010). Depression-related attentional bias: The influence of symptom severity and symptom specificity. *Cognition and Emotion* 24.(6), 1044-1052

- Baert, S., De Raedt, R., Schacht, R. y Koster, E.H. W. (2010). Attentional bias training in depression: Therapeutic effects depend on depression severity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 41 (3), 265-274.
- Baert, S., Koster, E. H. W. y De Raedt, R. (2011). Modification of information processing biases in emotional disorders: Clinically relevant developments in experimental psychopathology. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4(2), 208-222. doi:10.1521/ijct.2011.4.2.208
- Bagby, R.M., Gilchrist, E.J.; Rector, N.A.; Dickens, S.E.; Joffe, R.T.; Levitt, A.; Levitan, R.D. y Kennedy, S.H. (2001). The Stability and Validity of the Sociotropy and Autonomy Personality Dimensions as Measured by the Revised Personal Style Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 25 (6), 765-779.
- Bakhshani, N.M. (2007). Role of Personality Styles (Sociotropy/Autonomy) and Moderating Effects of Social Support in Clinically Depressed Patients. *Journal of Medical Sciences*, 7, 106-110.
- Baños, R., Medina, P., y Pascual, J. (2001). Explicit and implicit memory biases in depression and panic disorder. *Behavior Research and Therapy*, 39 (1), 71-74 .
- Bar-Haim, Y., Holoshitz, Y., Eldar, S., Frenkel, T. I., Muller, D., Charney, D. S., Pine, D.S., Fox, N.A. y Wald, I. (2010). Life-threatening danger and suppression of attention bias to threat. *The American Journal of Psychiatry*, 167(6), 694-698. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09070956
- Bar-Haim, Y., Morag, I., y Glickman, S. (2011). Training anxious children to disengage attention from threat: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 861-869. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02368.x
- Barlow, D.H., Allen L.B., y Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy* , 35, 205-230.

- Barnier, A.J., Levin, K. y Maher, A. (2004). Suppressing thoughts of past events: are repressive copers good suppressors? *Cognition and Emotion*, 18, 513-531.
- Beblo, T., Mensebach, C., Wingenfeld, K., Schlosser, N., Rullkoetter, N., Schaffrath, C., y Driessen, M. (2010). The impact of neutral and emotionally negative distraction on memory performance and its relation to memory complaints in major depression. *Psychiatry Research*, 178(1), 106-111. doi:10.1016/j.psychres.2009.04.012
- Beck, A.T. (1963). Thinking and Depression: 1. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-33.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P. Clayton (Ed.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*. New York: Raven Press.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A.T. (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality, and psychopathology. En P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York: Guildford Press.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beevers, C.G. y Carver, C.S. (2003). Attentional Bias and Mood Persistence as Prospective Predictors of Dysphoria. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (6), 619-637.
- Beevers, C.G. y Meyer, B. (2004). Thought suppression and depression risk. *Cognition and Emotion* 18.(6), 859-867.
- Beevers, C.G. y Meyer, B. (2008). I feel fine but the glass is still half empty: Thought suppression biases information processing despite recovery from a dysphoric mood state. *Cognitive Therapy and Research*, 32 (3), 323-332.
- Bending, A.W. (1956). The development of a short form of the Manifest Anxiety Scale. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 384.
- Beutler, L.E. y Clarkin, J.F. (1990). *Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Beutler, L.E. y Harwood, T.M. (2000). *Prescriptive Psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L.E., Clarkin, J.F. y Bongar, B. (2000). *Guidelines for the Systematic Treatment of the Depressed Patient*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L.E., Moleiro, C. y Talebi, H. (2002). Resistance in psychotherapy: What conclusions are supported by research? *Journal of Clinical Psychology*, 58 (2), 207-217.
- Bhardwaj, A., Wilkinson, P., Srivastava, C. y Sharma, M. (2010). Cognitive deficits in euthymic patients with recurrent depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(7), 513-515. doi:10.1097/NMD.0b013e3181e4c5ba

- Bieling, P. J., Beck, A. T., & Brown, G. K.(2000). The Sociotropy-Autonomy Scale: Structure and Implications. *Cognitive Therapy and Research*, 24 (6), 763-780.
- Bistricky, S. L., Ingram, R. E., y Atchley, R. A. (2011). Facial affect processing and depression susceptibility: Cognitive biases and cognitive neuroscience. *Psychological Bulletin*, 137(6), 998-1028. doi:10.1037/a0025348
- Blackburn, I.M. y Smyth, P. (1985). A test of cognitive vulnerability in individuals prone to depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 61-62.
- Blatt, S. J. (1998). Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46, 722-752.
- Blatt, S. J. (2006). A fundamental polarity in psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 492-518.
- Boisseau, C.L., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K. y Barlow, D.H. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: a case study. *Cognitive and Behavioral Practice* 17, 102-113.
- Boland, R.J. y Keller, M.B. (2009). Course and outcome of depression. En R.J. Boland y MB. Keller, *Handbook of depression* (2ª ed.) (pp. 23-43). New York: Guilford Press.
- Bonanno, G.A. y Singer, J.L. (1990). Repressive Personality Style: Theoretical and Methodological Implications for Health and Pathology. En J.L. Singer (Ed), *Repression and Dissociation. Implications for Personality Theory, Psychopathology and Health*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bonanno, G.A., Davis, P.J, Singer, J.L, Schwartz, G.E. (1991). The repressor personality and avoidant information processing: A dichotic listening study. *Journal of Research in Personality* 25(4): 386-401.

- Borton, J. L.S., Markowitz, L.J y Dieterich, J. (2005). Effects of suppressing negative self-referent thoughts on mood and self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology* 24 (2), 172-190.
- Bourke, C., Douglas, K., & Porter, R. (2010). Processing of facial emotion expression in major depression: A review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(8), 681-696. doi:10.3109/00048674.2010.496359
- Bradley, B.P., Mogg, K., Falla, S.J. y Hamilton, L.R. (1998). Attentional bias for threatening facial expressions in anxiety: Manipulation of stimulus duration. *Cognition and Emotion* 12. (6), 737-753.
- Bradley, B.P., Mogg, K., Millar, N., Bonhan-Carter, C., Fergusson, E., Jenkins, J. y Parr, M. (1997). Attentional biases for emotional faces. *Cognition and Emotion*, 11, 25-42.
- Brancucci, A. y Tommasi, L. (2011). "Binaural rivalry": Dichotic listening as a tool for the investigation of the neural correlate of consciousness. *Brain and Cognition*, 76(2), 218-224. doi:10.1016/j.bandc.2011.02.007
- Brown, G.W. (1989). Life *events and measurement*. En *G.W.Brown, Life events and illness* (pp. 3-45). New York: Guilford Press.
- Brown, G.W., Harris, T.O. y Hepworth, C. (1994). Life events and endogenous depression: a puzzle reexamined. *Archives of General Psychiatry* , 51, 525-534.
- Browning, M., Holmes, E. A., y Harmer, C. J. (2010). The modification of attentional bias to emotional information: A review of the techniques, mechanisms, and relevance to emotional disorders. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 10(1), 8-20. doi:10.3758/CABN.10.1.8
- Bruch, M.A. (1997). Positive Thoughts or Cognitive Balance as a Moderator of the Negative Life Events-Dysphoria Relationship: A Reexamination. *Cognitive Therapy and Research*, 21 (1), 25-38.

- Bruder, G.E., Stewart, J.W., McGrath, M.D., Deliyannides, D. y Quitkin, F.M. (2004). Dichotic Listening tests of functional brain asymmetry predict response to fluoxetine in depressed women and men. *Neuropsychopharmacology* 29, 1752-1761.
- Bruder, G.E., Wexler, B.E, Stewart, J.W., Price, L.H. y Quitkin, F.M. (1999). Perceptual asymmetry differences between major depression with or without a comorbid anxiety disorder: a dichotic listening study. *Journal of Abnormal Psychology* 108, 233-239.
- Bryant, R.A., Wyzenbeek, M. y Weinstein, J. (2011). Dream rebound of suppressed emotional thoughts: The influence of cognitive load. *Consciousness and Cognition* 20, 515-522.
- Bryden, M.P. (1979). Evidence for sex-related differences in cerebral organization. En M. Wittig y A.C. Petersen (Eds), *Sex-related differences in cognitive functioning: developmental issues*. New York: Academic Press.
- Bryden, M.P. (1988). An overview of the dichotic listening procedure and its relation to cerebral organization. En K. Hugdahl (Ed.), *Handbook of dichotic listening: Theory, methods and research* (pp.1 -44). Chichester, UK: Wiley & Sons.
- Brzezicka, A., Krejtz, I., von Hecker, U., & Laubrock, J. (2011). Eye movement evidence for defocused attention in dysphoria – a perceptual span analysis. *International Journal of Psychophysiology*, doi:10.1016/j.ijpsycho.2011.09.022
- Burgess, E. y Haaga, D.A.F. (1994). The Positive Automatic Thoughts Questionnaire ATQ-P and the Automatic Thought Questionnaire –Revised (ATQ-RP): Equivalent measures of positive thinking? *Cognitive Therapy and Research*, 18, 15-23.
- Butler, A.C. (1993). *Sociotropy/autonomy: Differential coping styles and depression in college students*. Philadelphia: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.

- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. y Beck, A.T.(2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Butler, G. (2004). Clinical difficulties to revisit. En J. Yiend (ed), *Cognition, Emotion and Psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cairney, J., Boyle, M., Offord, D.R. y Racine, Y.(2003). Stress, social support and depression in single and married mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 442-449.
- Calvo, M. G. y Miguel-Tobal, J. J. (1998). The anxiety response: Concordance among components. *Motivation and Emotion*, 22, 211-223.
- Campbell-Sills, L. y Barlow, D. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. En J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-559). New York: Guilford Press.
- Carver, C.S. (1998). Generalization, Adverse Events and Development of depressive symptoms. *Journal of Personality* 66 (4), pp. 607-619.
- Carver, C.S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Caseras, X.; Garner, M.; Bradley, B.P. y Mogg, K. (2007). Biases in Visual Orienting to Negative and Positive Scenes in Dysphoria: An Eye Movement Study. *Journal of Abnormal Psychology* Vol. 116, No. 3, 491-497.
- Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group (2006): *The Depression report: A new deal for Depression and Anxiety Disorders*. Londres: The London School of Economics and Political Science.
- Cherry, E. C. (1953). Some experiments on the recognition of speech, with one and two ears. *Journal of the Acoustical Society of America*, 25, 975-979.

- Chun, M. M. y Turk-Browne, N. B. (2007). Interactions between attention and memory. *Current Opinion in Neurobiology*, 17, 177-184.
- Clark, D.A., Beck, A.T. y Alford, B.A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley.
- Clark, L.A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology* 100 (3): 316-336.
- Cogswell, A., Alloy, L. B. y Spasojevic, J. (2006). Neediness and interpersonal life stress: Does congruency predict depression? *Cognitive Therapy and Research*, 30, 427-443. doi: 10.1007/s10608-006-9052-7
- Cogswell, A., Alloy, L. B., Karpinski, A. y Grant, D.A. (2010). Assessing Dependency using self-report and indirect measures: Examining the significance of discrepancies. *Journal of Personality Assessment*, 92 (4), 306-316. doi: 10.1080/00223891.2010.481986
- Compas, B.E., Davis, G.E., Forsythe, C.J. y Wagner, B.M. (1987). Assessment of Major and Daily Stressful Events during Adolescence: The Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55 (4), 534-541.
- Compton, R.J. (2000). Ability to disengage attention predicts negative affect. *Cognition and Emotion*, 14 (3), 401-415.
- Compton, R.J., Heller, W., Banich, M.T., Palmieri, P.A. y Miller, G.A. (2000). Responding to threat: Hemispheric asymmetries and interhemispheric division of input. *Neuropsychology*, 14 (2), 254-264.
- Compton, R.J., Wirtz, D. ; Pajoumand, G. ; Claus, E. y Heller, W. (2004). Association Between Positive Affect and Attentional Shifting. *Cognitive Therapy and Research*, 28 (6), 733-744.

- Conner, T. y Feldman-Barrett, L. (2005). Implicit self-attitudes predict spontaneous affect in daily life. *Emotion*, 5, 476-488.
- Connor-Smith, J.K. y Compas, B.E. (2002). Vulnerability to social stress: coping as a mediator or moderator of sociotropy and symptoms of anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (1), 39-55.
- Costello, C.G. (1992). Research on symptoms versus research on syndromes. Arguments in favour of allocating more research time to the study of symptoms. *The British Journal of Psychiatry* 160, 304-308 .
- Cowan, M.J., Freedland, K.E; Burg, M.M.; Saab, P.G; Youngblood, M.E. et al. (2007). Predictors of treatment response for depression and inadequate social support: The ENRICH randomized clinical trial. *Psychotherapy and psychosomatics* 77 (1): 27-37.
- Cowan, N. (2005). Selective attention tasks in cognitive research. En A. Wenzel y D.C.Rubin (Eds.), *Cognitive Methods and their application to clinical research*. Washington: APA.
- Coyne, J.C. y Calarco, M.M. (1995). Effects of the experience of depression: Application of focus groups and survey methodologies. *Psychiatry* , 58, 149-163.
- Coyne, J.C. y Whiffen, V.E. (1995). Issues in personality as diathesis for depression: the case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism. *Psychological Bulletin* 118 (3), 358-378.
- Coyne, J.C., Gallo, S.M., Klinkman, M.S. y Calarco, M.M. (1998). Effects of Recent and past major depression and distress on self-concept and coping. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (1), 86-96.
- Crowne, D.P. y Marlowe, D.A. (1964). *The approval motive: studies in evaluative dependence*. New York: Wiley.

- Daches, S., Mor, N., Winquist, J. y Gilboa-Schechtman, E. (2010). Brooding and attentional control in processing self-encoded information: Evidence from a modified garner task. *Cognition and Emotion*, 24(5), 876-885. doi:10.1080/02699930902954825
- Dai, Q. y Feng, Z. (2011). Dysfunctional distracter inhibition and facilitation for sad faces in depressed individuals. *Psychiatry Research* 190 (2-3), 206-211.
- Dalgleish, T., Taghavi, R., Neshat-Doost, H., Moradi, A., Canterbury, R., & Yule, W. (2003). Differences in patterns of processing bias for emotional information across disorders: An investigation of attention, memory and prospective cognition in children and adolescents with depression, generalized anxiety and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 10-21.
- Davidson, R. (2000). Affective style, mood, and anxiety disorders: An affective neuroscience approach. En R.J. Davidson (Ed.), *Anxiety, depression, and emotion* (pp. 88-108). Oxford, England: Oxford University Press.
- Dawson, M.E. y Schell, A.M. (1982). Electrodermal responses to attended and nonattended significant stimuli during dichotic listening. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception And Performance*, 8, 315-324.
- De Raedt, R. y Koster, E. H.W. (2010). Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience* 10 (1), 50-70.
- De Steno, D.A. y Salovey, P. (1997). The effects of mood on the structure of the self-concept. *Cognition and Emotion*, 11 (4), 351-372.

- Derakshan, N., Eysenck, M.W. y Myers, L.B. (2007). Emotional information processing in repressors: The vigilance-avoidance theory. *Cognition and Emotion*, 21 (8), 1585-1614. doi: 10.1080/02699930701499857
- DeRubeis, R.J., Siegle, G.J. y Hollon, S.D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience* 9, 788-796.
- Desmet, M., Vanheule, S., Meganck, R. y Verhaeghe, P. (2010). Reconstruction and validation of the Personal Style Inventory in a Flemish clinical and student sample. *Psychological Reports*, 106 (2), 394-404.
- Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A. P., y Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(8), 467-477. doi:10.1038/nrn3027
- Donaldson, C.; Lam, D. y Mathews, A. (2007). Rumination and attention in major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2664-2678.
- Dykman, B. M. (1998). Integrating cognitive and motivational factors in depression: Initial tests of a goal-orientation approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 139-158.
- Dykman, B.M. y Johll, M. (1998). Dysfunctional attitudes and vulnerability to depressive symptoms: A 14-week longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research* 22 (4), 337-352.
- Ehrenreich-May, J. y Bilek, E.L. (2012). The development of a transdiagnostic, cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety disorders and co-occurring depression symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 41-55.
- Ehring, T., Fischer, S., Schnülle, J., Bösterling, A. y Tuschen-Caffier, B. (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, 44, 1574-1584.

- Eizenman, M., Yu, L.H., Grupp, L., Eizenman, E., Ellenbogen, M., Gemar, M. y Levitan, R.D. (2003). A naturalistic visual scanning approach to assess selective attention in major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 118 (2), 117-128.
- Ellenbogen, M.A. y Schwartzman, A.E. (2009). Selective attention and avoidance on a pictorial cueing task during stress in clinically anxious and depressed participants. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (2), 128-138.
- Ellis, A. J., Beevers, C. G., y Wells, T. T. (2011). Attention allocation and incidental recognition of emotional information in dysphoria. *Cognitive Therapy and Research*, 35(5), 425-433. doi:10.1007/s10608-010-9305-3
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (Alonso, J., M. Angermeyer, S. Bernert, R. Bruffaerts, T.S. Brugha, H. Bryson, G. de Girolamo, R. de Graaf, K. Demyttenaere, I. Gasquet, J.M. Haro, S.J. Katz, R.C. Kessler, V. Kovess, J.P., Lepine, J. Ormel, G. Polidori, L.J. Russo, G. Vilagut, J. Almansa, S. Arbabzadeh-Bouchez, J. Autonell, M. Bernal, M.A. Buist-Bouwman, M. Codony, A. Domingo-Salvany, M. Ferrer, S.S. Joo, M. Martinez-Alonso, H. Matschinger, F. Mazzi, Z., Morgan, P. Morosini, C. Palacin, B. Romera, N. Taub & W.A.M. Vollebergh) (2004). 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109 (Suppl. 420), 28-37.
- Fairbrother, N. y Moretti, M. (1998). Sociotropy, Autonomy, and Self-Discrepancy: Status in Depressed, Remitted Depressed, and Control Participants. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 22, No. 3, pp. 279-296.
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R., Gallagher, M.W. y Barlow, D.H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*. doi: 10.1016/j.beth.2012.01.001

- Feixas, G. y Saúl, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(1), 69-78.
- Feixas, G., Sánchez, V., Laso, E., y Gómez-Jarabo, G. (2002). La resistencia al cambio en psicoterapia: El papel de la reactancia, la construcción del sí mismo y el tipo de demanda. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28(118), 235-286.
- Feixas, G., Saúl, L.A., Winter, D., & Watson, S. (2008). Un estudio naturalista sobre el cambio de los conflictos cognitivos durante la psicoterapia. *Apuntes De Psicología*, 26(2), 243-255.
- Feixas, G., y Cornejo, J.M. (1996). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa RECORD ver. 2.0 (2ª ed.)*. Barcelona: Paidós.
- Fennell, M.J.V. (1997). Low self-esteem: A cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25 (1), 1-25.
- First, M.B., Frances, A. y Pincus, H.A. (2004). *DSM-IV-TR. Guidebook*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Flett, G.L., Vredenburg, K. and Krames, L. (1997). The Continuity of Depression in Clinical and Nonclinical Samples. *Psychological Bulletin*, 121 (3), 395-416.
- Flynn, M., Kecmanovic, J. y Alloy, L.B. (2010). An examination of integrated cognitive-interpersonal vulnerability to depression: The role of rumination, perceived social support and interpersonal stress generation. *Cognitive Therapy and Research* 34, 456-466. doi: 10.1007/s10608-010-9300-8
- Fox, E., Russo, R., Bowles, R., & Dutton, K. (2001). Do threatening stimuli draw or hold visual attention in subclinical anxiety? *Journal of Experimental Psychology: General*, 130, 681-700.

- Franck, E. y De Raedt, R. (2007). Self-esteem reconsidered: Unstable self-esteem outperforms level of self-esteem as vulnerability marker for depression. *Behaviour Research and Therapy* 45, 1531-1541. doi: 10.1016/j.brat.2007.01.003
- Franck, E., De Raedt, R. y De Houwer, J. (2007). Implicit but not explicit self-esteem predicts future depressive symptomatology. *Behaviour Research and Therapy* 45, 2448-2455. doi:10.1016/j.brat.2007.01.008
- Franck, E., De Raedt, R., Dereu, M. y Van den Abbeele, D. (2007). Implicit and explicit self-esteem in currently depressed individuals with and without suicidal ideation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 38, 75-85. doi:10.1016/j.jbtep.2006.05.003
- Frank, E, Anderson, B, Reynolds, CF, Ritenour, A. y Kupfer, DJ. (1994). Life events and the research diagnostic criteria endogenous subtype: a confirmation of the distinction using the Bedford College methods. *Archives of General Psychiatry* 51, 519-524.
- Frewen, P.A. y Dozois, D.J.A. (2006a). Social, achievement, and control dimensions of personality-life event vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research* 30 (1), 1-17.
- Frewen, P.A. y Dozois, D.J.A. (2006b). Self-worth appraisal of life events and Beck's Congruency Model of Depression Vulnerability. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 20 (2), 231-240.
- Fritzsche, A., Dahme, B., Gotlib, I. H., Joormann, J., Magnussen, H., Watz, H., Nutzinger, D.O. y von Leupoldt, A. (2010). Specificity of cognitive biases in patients with current depression and remitted depression and in patients with asthma. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 40(5), 815-826. doi:10.1017/S0033291709990948

- Fydrich, T., Dowdall, D. y Chambless, D.L. (1992). Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 6, pp. 55-61.
- Gadea, M. y Espert, R. (2004). Aplicaciones de la escucha dicótica verbal a la clínica neurológica y neuropsiquiátrica. *Revista de Neurología* 39 (1), 74-80.
- Gadea, M., Espert, R., Salvador, A., y Martí-Bonmatí, L. (2011). The sad, the angry, and the asymmetrical brain: Dichotic listening studies of negative affect and depression. *Brain and Cognition*, 76(2), 294-299. doi:10.1016/j.bandc.2011.03.003
- Gemar, M.C., Segal, Z.V., Sagrati, S. y Kennedy, S.J. (2001). Mood-Induced changes on the Implicit Association Test in Recovered Depressed Patients. *Journal of Abnormal Psychology* 110 (2), 282-289.
- Geraerts, E., Merckelbach, H., Jelic, M., & Smeets, E. (2006). Long-term consequences of suppression of intrusive anxious thoughts and repressive coping. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1451-1460.
- Gibb, B.E., Benas, J.S., Grassia, M. y McGeary, J. (2009). Children's attentional biases and 5-HTTLPR genotype: Potential mechanisms linking mother and child depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 415-426.
- Gibbons, R. D., Hedeker, D., Elkin, I., Waternaux, C., Kraemer, H. C., Greenhouse, J. B., Shea, M. T, Imber, S. D., Sutsky, S. M., Klein, D. N., Harding, K., Taylor, E. G., & Dickstein, S. (1988). Dependency and self-criticism in depression: Evaluation in a clinical population. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 399-404.
- Gilbert, B. D., y Christopher, M. S. (2010). Mindfulness-based attention as a moderator of the relationship between depressive affect and negative cognitions. *Cognitive Therapy and Research*, 34(6), 514-521. doi:10.1007/s10608-009-9282-6
- Gilboa, E. y Gotlib, I.H. (1997). Cognitive biases and affect persistence in previously dysphoric and never-dysphoric individuals. *Cognition and Emotion*, 11 (5-6), 517-538.

- Giorgio, J. M., Sanflippo, J., Kleiman, E., Reilly, D., Bender, R. E., Wagner, C. A., Liu, R.T. y Alloy, L. B. (2010). An experiential avoidance conceptualization of depressive rumination: Three tests of the model. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 1021-1031. doi:10.1016/j.brat.2010.07.004
- Goeleven, E., De Raedt, R., Baert, S. y Koster, E.H.W. (2006). Deficient inhibition of emotional information in depression. *Journal of Affective Disorders* 93, 149-157.
- Goldfried, M. (1995). Toward a common language for case formulation. *Journal of Psychotherapy Integration* 5, 221-244.
- Gorski, J. y Young, M.A. (2002). Sociotropy/autonomy, self-construal, response style and gender in adolescents. *Personality and Individual Differences* 32, 463-478.
- Gotlib, I.H. y Joormann, J. (2010). Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology* , 6, 285-312.
- Gotlib, I.H., Krasnoperova, E. ; Yue, D.N. y Joormann, J. (2004). Attentional Biases for Negative Interpersonal Stimuli in Clinical Depression. *Journal of Abnormal Psychology* 113 (1), 127-135.
- Gotlib, I.H., McLachlan, A.L. y Katz, A.N. (1988). Biases in visual attention in depressed and nondepressed individuals. *Cognition and Emotion*, 2, 185-200.
- Gotlib, I.H., McLachlan, A.L. y Katz, A.N. (1988). Biases in visual attention in depressed and nondepressed individuals. *Cognition and Emotion*, 2, 185-200.
- Gotlib, I.H., Yue, D.N. y Joormann, J. (2005). Selective Attention in Dysphoric Individuals: The Role of Affective Interference and Inhibition. *Cognitive Therapy and Research*, 29 (4), pp. 417-432.
- Graf, P. y Mandler, G. (1984). Activation makes words more accesible, but not necessarily more retrievable. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 23 (5), 553-568.

- Grafton, B., Watkins, E., y MacLeod, C. (2012). The ups and downs of cognitive bias: Dissociating the attentional characteristics of positive and negative affectivity. *Journal of Cognitive Psychology*, 24(1),33-53. doi:10.1080/20445911.2011.578066
- Green, D.M.; Birdsall, T.G. y Tanner, W.P. (1957). Signal detection as a function of signal intensity and duration. *Journal of the Acoustical Society of America* 29, 523-531.
- Greenberg, L. (2008). Emotion and Cognition in Psychotherapy: The transforming power of affect. *Canadian Psychology*, 49 (1), pp. 49-59.
- Grondin, O., Johnson, E.I., Husky, M. y Swendsen, J. (2011). Sociotropy and Autonomy vulnerabilities to depressed mood: A daily life comparison of Reunion Island and metropolitan France. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42 (6), 928-943.
- Gross, J.J. (1998a). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J.J. (1998b). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression and psysiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gupta-Rogers, R. (1998). *The nature of specificity and temporal stability of emotional information processing in sociotropic and independent individuals*. Doctoral dissertation, Department of Psychology, University of New Brunswick, Fredericton, New Brunswick, Canada.
- Gutman, D. A., y Nemeroff, C. B. (2011). Stress and depression. En R.J. Contrada y A. Baum (Eds.), *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*. New York: Springer.
- Haaga, D.A.F. y Solomon, A. (1993). Impact of Kendall, Hollon, Beck, Hammen and Ingram (1987) on treatment of the continuity issue in depression research. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 313-324.

- Haefffel, G. J., Abramson, L. Y., Brazy, P. C., Shah, J. Y., Teachman, B. A., & Nosek, B. A. (2007). Explicit and implicit cognition: A preliminary test of a dual-process theory of cognitive vulnerability to depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1155 - 1167.
- Hammar, Å., Sørensen, L., Årdal, G., Oedegaard, K. J., Kroken, R., Roness, A. y Lund, A. (2010). Enduring cognitive dysfunction in unipolar major depression: A test-retest study using the stroop paradigm. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(4), 304-308.
- Hammen, C. (1991). The generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 555-561.
- Hammen, C. (2005). Stress and Depression. *Annual Review of Clinical Psychology* 1:293-319. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938
- Hankin, B.L. (2010). Personality and Depressive symptoms: Stress generation and cognitive vulnerabilities to depression in a prospective daily diary study. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29 (4), 369-401.
- Hardy, A. y Brewin, C.R. (2005). The role of thought suppression in the development of obsessions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33 (1), 61-69.
- Harkness, K.L., Monroe, S.M., Simons, A.D.y Thase, M.E.(1999). The generation of life events in recurrent and non-recurrent depression.*Psychological Medicine*, 29, 135-144.
- Hartlage, S., Alloy, L., Vázquez, C. y Dyckman, L. (1993). Automatic and effortful processing in depression. *Psychological Bulletin*, 2, 247-278.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. y Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press.

- Hattori, Y., y Kawaguchi, J. (2009). The relationship between intrusive thoughts and an attention focusing strategy in depressed individuals during thought suppression. *Japanese Journal of Psychology*, 80(3), 238-245.
- Hedlund, S., y Rude, S.S. (1995). Evidence of latent depressive schemas in formerly depressed individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 517-525.
- Heeren, A., Reese, H. E., McNally, R. J., y Philippot, P. (2012). Attention training toward and away from threat in social phobia: Effects on subjective, behavioral, and physiological measures of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 50(1), 30-39. doi:10.1016/j.brat.2011.10.005
- Hernangómez, L. y Vázquez, C. (2005). Estrategias para regular la tristeza: diferencias entre una muestra clínica y una muestra control en el Inventario de Afrontamiento de la Depresión (CID). *EduPsykhé*, 4 (2), 149-178.
- Hertel, P.T. y Gerstle, M. (2003). Depressive deficits in forgetting. *Psychological Science* 14 (6), 573-578.
- Hertel, P.T. (2002). Cognitive biases in anxiety and depression: Introduction to the Special Issue. *Cognition and Emotion*, 16 (3), 321-330.
- Hervás, G. (2006). Regulación del estado de ánimo y vulnerabilidad a la depresión: el papel de la sensibilidad a la recompensa y al castigo. Tesis doctoral. Madrid: UCM.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19 (2), 347-372.
- Hewitt, P.L. y Flett, G.L. (1991a). Dimensions of Perfectionism in Unipolar Depression. *Journal of Abnormal Psychology* 100 (1), 98-101.
- Hewitt, P.L. y Flett, G.L. (1991b). Perfectionism in the Self and Social Contexts: Conceptualization, Assessment, and Association With Psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology* 60 (3), 456-470.

- Hewitt, P.L. y Flett, G.L. (1993). Dimensions of Perfectionism, Daily Stress, and Depression: A Test of the Specific Vulnerability Hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology* 102. (1), 58-65.
- Hewitt, P.L.; Flett, G.L. y Ediger, E. (1996). Perfectionism and Depression: Longitudinal Assessment of a Specific Vulnerability Hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105 (2), 276-280.
- Hill, A.B. y Dutton, F. (1989). Depression and selective attention to self-esteem threatening words. *Personality and Individual Differences*, 10 (8), 915-917.
- Hinkle, D. N. (1965). *The Change of Personal Constructs from a Viewpoint of a Theory of Construct Implications*. Tesis Doctoral no Publicada. The Ohio State University.
- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Amsterdam, J.D. y Salomon, R.M.(2005). Prevention of relapse following cognitive therapy versus medications in moderate to severe depression.*Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Hollon, S.D., Stewart, M.O. y Strunk, D.(2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety.*Annual Review of Psychology* ,57, 285-315.
- Hugdahl, K. (2011). Fifty years of dichotic listening research - still going and going and... *Brain and Cognition*, 76(2), 211-213. doi:10.1016/j.bandc.2011.03.006
- Hugdahl, K., Rund, B.R., Lund, A., Asbjørnsen, A. Egeland, J., Landro, N.I., Roness, A., Stordal, K.I. y Sundet, K. (2003). Attentional and executive dysfunctions in schizophrenia and depression: evidence from dichotic listening performance. *Biological Psychiatry* 53, 609-616.
- Hugdahl, K., Westerhausen, R., Alho, K., Medvedev, S., Laine, M., y Hämäläinen, H. (2009). Attention and cognitive control: Unfolding the dichotic listening story. *Scandinavian Journal of Psychology*,50 ,11 -22.

- Hume, D. (1748). *An Enquiry concerning Human Understanding*. Disponible en www.infidels.org/library/historical/david_hume/human_derstanding.html
- Iacoviello, B.M., Grant, D.A. Alloy, L.B. y Abramson, L.Y. (2009). Cognitive personality characteristics impact the course of depression: a prospective test of sociotropy, autonomy and domain-specific life events. *Cognitive Therapy and Research* 33, 187-198. doi: 10.1007/s10608-008-9197-7
- Ingram, R. E., y Ritter, J. (2000). Vulnerability to depression: Cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 588-596.
- Ingram, R.E., Atchley, R.A. y Segal, Z. V. (2011). *Vulnerability to depression: From cognitive neuroscience to prevention and treatment*. New York: Guilford Press.
- Ingram, R.E., Bailey, K. y Siegle, G. (2004). Emocional information processing and disrupted parental bonding: Cognitive specificity and avoidance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18 (1), 53-65.
- Ingram, R.E., Bernet, C.Z. y McLaughlin, S.C. (1994). Attentional allocation processes in individuals at risk for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 317-332.
- Ingram, R.E., Miranda, J. y Segal, Z.V. (1998). *Cognitive Vulnerability to Depression*. New York: Guilford Press.
- Ingram, R.E., Miranda, J. y Segal, Z. (2006). *Cognitive Vulnerability to Depression*. En L.B. Alloy y J.H. Riskind (Eds), *Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- James, W. (1890). *Principles of Psychology*. Texto disponible en <http://psychclassics.yorku.ca/James/Principles/>
- Jiménez, F., Vázquez, C. y Hernangómez, L. (1998). Adjetivos en castellano de contenido depresivo auto-referente y de contenido neutral: normas de emocionalidad y

- frecuencia subjetiva de uso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3 (3), 199-215.
- Jolly, J.B., Dyck, M.J., Kramer, T.A. y Wherry, J.N. (1996). The relations between sociotropy and autonomy, positive and negative affect and two proposed depression subtypes. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 91-101.
- Jones, N. P., Siegle, G. J., Muelly, E. R., Haggerty, A., & Ghinassi, F. (2010). Poor performance on cognitive tasks in depression: Doing too much or not enough? *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 10(1), 129-140. doi:10.3758/CABN.10.1.129
- Joormann, J. (2004). Attentional bias in dysphoria: The role of inhibitory processes. *Cognition and Emotion*, 18, 125-147.
- Joormann, J. (2006). The relation of rumination and inhibition: evidence from a negative priming task. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 149-160.
- Joormann, J. y D'Avanzato, C. (2010): Emotion regulation in depression: Examining the role of cognitive processes. *Cognition and Emotion*, 24:6, 913-939.
- Joormann, J. y Gotlib, I.H. (2007). Selective Attention to Emotional Faces Following Recovery From Depression. *Journal of Abnormal Psychology* Vol. 116, No. 1, 80-85.
- Joormann, J. y Gotlib, I.H. (2010). Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion* 24 (2), 281-298.
- Joormann, J., Dkane, M. y Gotlib, I.H. (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior Therapy*, 37, 269-280.
- Joormann, J., Talbot, L. y Gotlib, I.H. (2007). Biased Processing of Emotional Information in Girls at Risk for Depression. *Journal of Abnormal Psychology* 116 (1), 135-143.

- Joormann, J., Yoon, K.L. y Siemer, M. (2010). Cognition and emotion regulation. En A.M. Kring y D.M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 174-203). New York: Guilford Press.
- Keller, M.C., Neale, M.C. y Kendler, K.S.(2007). Association of different adverse life events with distinct patterns of depressive symptoms.*American Journal of Psychiatry*,164, 1521-1529.
- Kellough, J.L., Beevers, C.G., Ellis, A.J. y Wells, T.T. (2008). Time course of selective attention in clinically depressed young adults: An eye tracking study. *Behaviour Research and Therapy*, 46 (11), 1238-1243.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton (reimpreso por Routledge, Londres, 1991).
- Kemp, A. H.; Pe Benito, L.; Quintana, D. S.; Clark, C. R.; McFarlane, A., Mayur, P., Harris, A., Boyce, P. y Williams, L.M. (2010). Impact of depression heterogeneity on attention: An auditory oddball event related potential study. *Journal of Affective Disorders*, 123 (1-3), 202-207. doi:10.1016/j.jad.2009.08.010
- Kendall, P.C., Hollon, S.D., Beck, A.T., Hammen, C.L. e Ingram, R.E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 289-299.
- Kendall, P.C., Howard, B.L. y Hays, R.C. (1989). Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 583-598.
- Kendler, K.S. y Gardner, C.O. (2010). Dependent stressful life events and prior depressive episodes in the prediction of major depression: The problem of causal inference in psychiatric epidemiology. *Archives of General Psychiatry*, 67 (11), 1120-1127.

- Kendler, K.S., Hettema, J.M., Butera, F., Gardener, C.O. y Prescott, C.A. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives General of Psychiatry* 60, 789-796.
- Kendler, K.S., Karkowski, L.M. y Prescott, C.A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry* 156, 837-848.
- Kendler, K.S., Thornton, L.M. y Gardner, C.O.(2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women:an evaluation of the “kindling ” hypothesis. *American Journal of Psychiatry* 157, 1243-1251.
- Kendler, K.S., Thornton, L.M.y Gardner, C.O.(2001). Genetic risk, number of previous depressive episodes and stressful life events in predicting onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*,158, 582-586.
- Kernis, M.H. (2005). Measuring Self-Esteem in Context: The Importance of Stability of Self-Esteem in Psychological Functioning. *Journal of Personality* 73:6, 1-37.
- Kersting, A., Kroker, K., Horstmann, J., Ohrmann, P., Baune, B.T., Arolt, V. y Suslow, T. (2009). Complicated grief in patients with unipolar depression. *Journal of Affective Disorders* 118, 201-204. doi:10.1016/j.jad.2009.01.033
- Kertzman, S., Reznik, I., Hornik-Lurie, T., Weizman, A., Kotler, M., y Amital, D. (2010). Stroop performance in major depression: Selective attention impairment or psychomotor slowness? *Journal of Affective Disorders*, 122(1-2), 167-173. doi:10.1016/j.jad.2009.08.009
- Kiken, L. G., y Shook, N. J. (2012). Mindfulness and emotional distress: The role of negatively biased cognition. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 329-333. doi:10.1016/j.paid.2011.10.031

- Kimura, D. (1961). Cerebral dominance and the perception of verbal stimuli. *Canadian Journal of Psychology*, 15, 166-171.
- Kimura, D. (1967). Functional asymmetry of the brain in dichotic listening. *Cortex*, 3, 163-168.
- Kimura, D. (1985). Male brain, female brain: The hidden difference. *Psychology Today*, November.
- Kintsch, W. (1977). *Memory and Cognition*. New York: Wiley.
- Kirschman, D. y Salgueiro, M.C. (2002). *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: TEA.
- Koch, I., Lawo, V., Fels, J., & Vorländer, M. (2011). Switching in the cocktail party: Exploring intentional control of auditory selective attention. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 37(4), 1140-1147. doi:10.1037/a0022189
- Koetsier, G.C., Volkers, A.C., Tulen, J.H.M., Passchier, J., van den Broek, W.W. y Bruijn, J.A. (2002). CPT performance in major depressive disorder before and after treatment with imipramine or fluvoxamine. *Journal of Psychiatric Research* 36, 391-397.
- Koster, E.H.W., De Lissnyder, E., Derakshan, N. y De Raedt, R. (2011). Understanding depressive rumination from a cognitive science perspective: The impaired disengagement hypothesis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 138-145.
- Koster, E.H.W., De Raedt, R., Leyman, L., y De Lissnyder, E. (2010). Mood-congruent attention and memory bias in dysphoria: Exploring the coherence among information-processing biases. *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 219-225. doi:10.1016/j.brat.2009.11.004
- Kring, A. y Werner, K. (2004). Emotion regulation and psychopathology. En P. Philippot y R.S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 359-385). New York: Erlbaum.

- Kuiper, N.A., Olinger, L.J. y MacDonald, M.R. (1988): Vulnerability and Episodic Cognitions in a Self-worth Contingency Model of Depression. En N.A. Kuiper, L.J. Olinger y M.R. MacDonald, *Cognitive Processes in depression* (pp. 289-309). New York: Guilford Press.
- Kujawa, A.J., Torpey, D., Kim, J., Hajcak, G., Rose, S., Gotlib, I.H. y Klein, D.N. (2011). Attentional biases for emotional faces in young children of mothers with chronic or recurrent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology* 39 (1), 125-135. doi: 10.1007/s10802-010-9438-6
- Kuyken, W., Dalgleish, T. y Holden, E. (2007). Advances in cognitive-behaviour therapy for unipolar depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 805-813.
- LaBerge, D. (1995). *Attentional processing: The brain's art of mindfulness*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- LeMoult, J., & Joormann, J. (2012). Attention and memory biases in social anxiety disorder: The role of comorbid depression. *Cognitive Therapy and Research*, 36(1), 47-57. doi:10.1007/s10608-010-9322-2
- Lewinsohn, P.M. (1975). The behavioral study and the treatment of depression. En M.Hersen, R. Eisler y P. Miller (eds), *Progress in behavior modification* (vol. 1). New York: Academic Press.
- Lewinsohn, P.M., Allen, N.B., Seeley, J.R. y Gotlib, I.H. (1999). First onset versus recurrence of depression: differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 483-489.
- Leyman, L., De Raedt, R., Vaeyens, R., y Philippaerts, R. M. (2011). Attention for emotional facial expressions in dysphoria: An eye-movement registration study. *Cognition and Emotion*, 25(1), 111-120. doi:10.1080/02699931003593827

- Li, O., Jackson, T., y Chen, H. (2011). Attentional and memory biases among weight dissatisfied young women: Evidence from a dichotic listening paradigm. *Cognitive Therapy and Research*, 35(5), 434-441. doi:10.1007/s10608-010-9312-4
- Lightsey, O.W. (1994). Positive Automatic Cognitions as Moderators of the Negative Life Event-Dysphoria Relationship. *Cognitive Therapy and Research*, vol. 18 (4), 353-365.
- Lindsay, J.E. y Scott, W.D. (2005). Dysphoria and Self-Esteem following an achievement event: Predictive validity of goal orientation and personality style theories of vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 29 (6), 769-785. doi: 10.1007/s10608-005-9637-6
- Liu, R.T. y Alloy, L.B. (2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical Psychology Review*, 30, 582-593. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.010
- Liverant, G.I., Brown, T.A., Barlow, D.H. y Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 46 (11), 1201-1209.
- Lo, B. C. Y., & Allen, N. B. (2011). Affective bias in internal attention shifting among depressed youth. *Psychiatry Research*, 187 (1-2), 125-129. doi:10.1016/j.psychres.2010.10.001
- Lorant, V., Deliege, D. y Eaton, W. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157, 98-112
- Luce, R. D. (1963). A Threshold Theory for Simple Detection Experiments. *Psychological Review* 70 (1), pp. 61-79.
- Luciano, J.V. y Algarabel, S. (2006). Individual differences in self-reported thought control: the role of the repressive coping style. *Psicothema*, 18 (2), 228-231.

- Luciano, J.V., Belloch, A., Algarabel, S., Tomás, J.M., Morillo, C. y Lucero, M. (2006). Confirmatory factor analysis of the White Bear Suppression Inventory and the Thought Control Questionnaire: A comparison of alternative models. *European Journal of Psychological Assessment* 22, 250-258.
- Luxton, D.D. y Wenzlaff, R.M.(2005). Self-esteem uncertainty and depression vulnerability. *Cognition and Emotion* 19 (4), 611-622.
- Luxton, D.D., Ingram, R.E. y Wenzlaff, R.M.(2006). Uncertain self-esteem and future thinking in depression vulnerability. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25 (8), 840-854.
- Ma, S.H. y Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72 (1), 31-40.
- Maalouf, F. T., Clark, L., Tavitian, L., Sahakian, B. J., Brent, D., y Phillips, M. L. (2012). Bias to negative emotions: A depression state-dependent marker in adolescent major depressive disorder. *Psychiatry Research*, doi:10.1016/j.psychres.2012.01.030
- MacCallum, R.C., Zhang, S., Preacher, K.J. y Rucker, D. (2002). On the practice of dichotomization of quantitative variables. *Psychological Methods*, 7 (1), 19-40.
- MacDonald, M.R. y Kuiper, N.A. (1985). Efficiency and automaticity of self-schema processing in clinical depressives. *Motivation and Emotion* 9 (2), 171-184.
- Maciejewski, P.K. y Mazure, C.M. (2006). Fear of Criticism and Rejection Mediates an Association Between Childhood Emotional Abuse and Adult Onset of Major Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 30 (1), 105-122.
- Maciejewski, P.K., Prigerson, H.G. y Mazure, C.M. (2001). Sex differences in event-related risk for major depression. *Psychological Medicine*, 31, 593-604.

- MacLeod, C. y Hagan, R. (1992). Individual differences in the selective processing of threatening information and emotional responses to a stressful life event. *Behavioural Research and Therapy*, 30, 151-161.
- MacLeod, C. y MacLeod, C.M. (2005). The Stroop Task: Indirectly measuring concept activation. En A. Wenzel y D.C. Rubin (Eds.), *Cognitive methods and their application to clinical research*. Washington, DC: APA.
- MacLeod, C., Mathews, A. y Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (1), 15-20.
- MacLeod, C.; Rutherford, E.; Campbell, L.; Ebsworthy, G. y Holker, L. (2002). Selective Attention and Emotional Vulnerability: Assessing the Causal Basis of Their Association Through the Experimental Manipulation of Attentional Bias. *Journal of Abnormal Psychology* 111 (1), 107-123.
- Marcus, S., Robins, L.N. y Bucholz, K. (1990). Manual for the Quick Diagnostic Interview Schedule. St Louis: Washington University School of Medicine.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Markus, H.R. y Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion and motivation. *Psychological Review*, 98, 224 -253.
- Mathew, K. L., Whitford, H. S., Kenny, M. A., & Denson, L. A. (2010). The long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy as a relapse prevention treatment for major depressive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(5), 561-576. doi:10.1017/S135246581000010X
- Mathews, A., Ridgeway, V. y Williamson, D.A. (1996). Evidence for attention to threatening stimuli in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 695-705.
- Matthews, A. y Lynn, S.J. (2008). Subclinical bulimia versus depression in an interpersonal context. *Eating Behaviors*, 9 (4), 509-512.

- Matthews, G. y Wells, A. (2000). Attention, automaticity and affective disorder. *Behavior Modification* 24 (1), 69-93.
- Matthews, G.R. y Antes, J.R.(1992). Visual attention and depression: Cognitive biases in the eye fixations of the dysphoric and the nondepressed. *Cognitive Therapy and Research* 16(3): 359-371.
- Mazure, C.M. (1998). Life stressors as risk factors in depression. *Clinical. Psychology Science in Practice*, 5, 291-313.
- Mazure, C.M. , Bruce, M.L., Maciejewski, P.K. y Jacobs, S. (2000). Adverse life events and cognitive-personality characteristics in the prediction of major depression and antidepressant response. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (6), 896-903.
- McCabe, S.B. y Gotlib, I.H. (1993). Attentional processing in clinically depressed subjects: a longitudinal investigation. *Cognitive Therapy and Research*, 17 (4), 361-377.
- McCabe, S.B. y Gotlib, I.H. (1995). Selective attention and clinical depression: performance on a deployment-of-attention task. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (1), 241-245.
- McCabe, S.B., Gotlib, I.H. y Martin, R.A. (2000). Cognitive vulnerability for depression: Deployment of Attention as a Function of History of Depression and Current Mood State. *Cognitive Therapy and Research* 24 (4), 427-444.
- McGlone, J. (1980). Sex differences in human brain organization: a critical survey. *Behavioral and Brain Sciences*, 3, 215-227.
- McGonagle, K.A. y Kessler, R.C. (1990). Chronic stress, acute stress and depressive symptoms. *American Journal of Community Psychology* 18, 681-706.
- McHugh, R.K., Murray, H.W. y Barlow, D.H. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 946-953.
doi:10.1016/j.brat.2009.07.005

- McMillan, M.J. y Pihl, R.O. (1987). Premenstrual depression: A distinct entity. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 149-154.
- McMillan, M.J., Ghadirian, A.M. y Pihl, R.O. (1989). Premenstrual depression in women with a history of affective disorder: Mood and attentional processes. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 791-795.
- Mendelson, T.; Robins, C.J. y Johnson, C.S. (2002). Relations of Sociotropy and Autonomy to Developmental Experiences Among Psychiatric Patients. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (2), 189-198.
- Mendolia, M. (2002). An index of self-regulation of emotion and the study of repression in social contexts that threaten or do not threaten self-concept. *Emotion*, 2, 215-232.
doi: 10.1037//1528-3542.2.3.215
- Mezulis, A. H., Hyde, J. S., Simonson, J., y Charbonneau, A. M. (2011). Integrating affective, biological, and cognitive vulnerability models to explain the gender difference in depression: The ABC model and its implications for intervention. En T.J. Strauman, P.R. Costanzo y J. Garber (Eds.), *Depression in adolescent girls: Science and prevention* (pp. 64-96). New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Dolev, T., & Shaver, P. (2004). Attachment-related strategies during thought suppression: Ironic rebounds and vulnerable self-representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 940-956.
- Miller, G.A. y Chapman, J.P. (2001). Misunderstanding Analysis of Covariance. *Journal of Abnormal Psychology* 110 (1), 40-48.
- Miranda, J., Gross, J.J., Persons, J.B. y Hahn, J. (1998). Mood Matters: Negative Mood Induction Activates Dysfunctional Attitudes in Women Vulnerable to Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 22 (4), 363-376.

- Mitchell, G. A., y Harrison, D. W. (2010). Neuropsychological effects of hostility and pain on emotion perception. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32(2), 174-189. doi:10.1080/13803390902889614
- Mogg, K. y Bradley, B.P. (2004). A cognitive-motivational perspective on the processing of threat information and anxiety. En J. Yiend (Ed.), *Cognition, Emotion and Psychopathology* (pp.68-85). New York: Cambridge University Press.
- Mogg, K. y Bradley, B.P. (2005). Attentional Bias in Generalized Anxiety Disorder Versus Depressive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 29, No. 1, pp. 29-45
- Mogg, K., Millar, N., & Bradley, B. P. (2000). Biases in eye movements to threatening facial expressions in generalised anxiety disorder and depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 19, 695-704.
- Mondor, T.A. y Bryden, M.P. (1991). The influence of attention on the dichotic REA. *Neuropsychology* 29, 1179-1190.
- Mondor, T.A. y Bryden, M.P. (1992). On the relation between auditory spatial attention and auditory perceptual asymmetries. *Perception Psychophysics* 52, 393-402.
- Mongrain, M., y Zuroff, D. C. (1994). Ambivalence over emotional expression and negative life events: Mediators of depressive symptoms in dependent and self-critical individuals. *Personality and Individual Differences*, 16, 447-458.
- Monroe, S.M., Slavich, G.M., Torres, L.D. y Gotlib, I.H. (2007). Major life events and major chronic difficulties are differentially associated with history of major depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 116-124.
- Morrison, R. y O'Connor, R.C. (2008). The role of rumination, attentional biases and stress in psychological distress. *British Journal of Psychology*, 99 (2), 191-209.
- Murray, C.J.L. y López, A.D. (Eds.) (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and*

- risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Myers, L.B. (2000). Identifying repressors: a methodological issue for health psychology. *Psychology and Health*, 15, 205-214.
- Myers, L.B. y Derakshan, N. (2004a). The repressive coping style and avoidance of negative affect. En I. Nyklicek, A. Vingerhoets, & L. Temoshok (Eds.), *Emotional expression and health: Advances in theory, assessment and clinical applications* (pp. 169_184). New York: Brunner-Routledge.
- Myers, L.B. y Derakshan, N. (2004b). To forget or not to forget: What do repressors forget and when do they forget? *Cognition and Emotion*, 18, 495-511.
- Myers, L.B., Brewin, C.R. y Power, M.J. (1998). Repressive coping and the directed forgetting of emotional material. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 141-148.
- Myers, L.B., Vetere, A. y Derakshan, N. (2004). Are suppression and repressive coping related? *Personality and Individual Differences*, 36, 1009-1013.
- Najmi, S. y Wegner, D.M. (2008). Thought suppression and psychopathology. En A.J. Elliott (Ed.), *Handbook of approach and avoidance motivation* (pp. 447 -459). New York: Psychology Press.
- Narduzzi, K.J. y Jackson, T. (2000). Personality differences between eating-disordered women and a nonclinical comparison sample: A discriminant classification analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (6), 699-710.
- Navarro, F.A. (1998). Setecientas palabras y expresiones de traducción engañosa en neurología, neuropsiquiatría y neurocirugía. *Neurología*, 13, 177-194.
- Neill, W.T., Valdés, L.A. y Terry, K.M. (1995). Selective attention and the inhibitory control of cognition. En F.N. Dempster y C.J. Brainerd (Eds.), *Interference and inhibition in cognition* (pp. 207-261). San Diego, CA: Academic Press.

- Newman, L. S y McKinney, L. C. (2002). Repressive coping and threat-avoidance: An idiographic Stroop study. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 409-422.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. y Morrow, J. (1991) . A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. y Fredrickson, B.L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400 - 424.
- Nosek, B.A. y Banaji, M.R. (2001). The go/no-go association task. *Social Cognition* 19, 625-666. doi: 10.1521/soco.19.6.625.20886
- Nusslock, R., Shackman, A.J., Harmon-Jones, E., Alloy, L.B., Coan, J.A. y Abramson, L.Y. (2011). Cognitive vulnerability and frontal brain asymmetry: Common predictors of first prospective depressive episode. *Journal of Abnormal Psychology*, 120 (2), 497-503. DOI: 10.1037/a0022940
- Nuttin, J.M.(1985). Narcissism beyond Gestalt awareness:The name letter effect. *European Journal of Social Psychology* , 15, 353 -361.
- Oakley, K. y Johnson-Laird, P.(1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emotion* ,1, 29 -50.

- Ortells, J.J. (1982). *Efecto de la cantidad de práctica y de la frecuencia de las palabras en la detección no atendida*. Tesis de Licenciatura presentada en el Departamento de Psicología de la Universidad de Granada.
- Ortells, J.J. y Fuentes, L.J. (1992). La tarea de seguimiento en el estudio de la atención selectiva. *Estudios de Psicología*, 48, 135-143.
- Otto, M.W., Teachman, B.A., Cohen, L.S., Soares, C.N., Vitonis, A.F. y Harlow, B.L. (2007). Dysfunctional Attitudes and Episodes of Major Depression: Predictive Validity and Temporal Stability in Never-Depressed, Depressed, and Recovered Women. *Journal of Abnormal Psychology* 116 (3), 475-483.
- Paykel, E.S.(2007).Cognitive therapy in relapse prevention in depression.*International Journal of Neuropsychopharmacology*, 10,131-136.
- Peckham, A. D., McHugh, R. K., & Otto, M. W. (2010). A meta-analysis of the magnitude of biased attention in depression. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1135-1142. doi:10.1002/da.20755
- Penland, E.A., Masten, W.G., Zelhart, P., Fournet, G.P. y Callahan, T.A. (2000). Possible selves, depression and coping skills in university students. *Personality and individual differences* 29, 963-969.
- Pérez-Dueñas, C., Acosta, A., Megías, J. L., y Lupiáñez, J. (2010). Evaluación de las dimensiones de valencia, activación, frecuencia subjetiva de uso y relevancia para la ansiedad, la depresión y la ira de 238 sustantivos en una muestra universitaria. *Psicológica*, 31(2), 241-273.
- Permuy, B., Merino, H., & Fernandez-Rey, J. (2010). Adult attachment styles and cognitive vulnerability to depression in a sample of undergraduate students: The mediational roles of sociotropy and autonomy. *International Journal of Psychology*, 45(1), 21-27. doi:10.1080/00207590903165059

- Peselow, E.D., Robins, C.J., Sanfilipo, M.P., Block, P. y Fieve, R.R. (1992). Sociotropy and Autonomy: Relationship to antidepressant drug treatment response and endogenous-nonendogenous dichotomy. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (3), 479-486.
- Phillips, N.K., Hammen, C.L., Brennan, P.A., Najman, J.M. y Bor, W. (2005). Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 13-24.
- Phillips, W.J., Hine, D.W. y Thorsteinsson, E.B. (2010). Implicit cognition and depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 691-709. doi:10.1016/j.cpr.2010.05.002
- Pompei, F., Jogia, J., Tatarelli, R., Girardi, P., Rubia, K., Kumari, V., y Frangou, S. (2011). Familial and disease specific abnormalities in the neural correlates of the stroop task in bipolar disorder. *NeuroImage*, 56(3), 1677-1684. doi:10.1016/j.neuroimage.2011.02.052
- Posner, M.I. y Cohen, Y. (1984). Components of visual orienting. En H. Bouma y D. Bowhuis (Eds.), *Attention and Performance*, 531-556. Hove: Erlbaum.
- Posner, M.I., Inhoff, A.W, Friedrich, F.J. y Cohen, A. (1987). Isolating attentional systems: A cognitive-anatomical analysis. *Psychobiology*, 15 (2), 107-121.
- Posner, M.I., Snyder, C.R. y Davidson, B.J. (1980). Attention and the detection of signals. *Journal of Experimental Psychology: General*, 109, 160-174.
- Post, R.M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999-1010.
- Post, R.M. (2007). Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 31, 858-873.

- Post, R.M., Rubinow, D.R. y Ballenger, J.C. (1984). Conditioning, sensitization, and kindling: implications for the course of affective illness. En R.M. Post y J.C. Ballenger (Eds.), *Neurobiology of Mood Disorders* (pp. 432-456). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Power, M. y Dalgleish, T. (1997). *Cognition and Emotion. From order to disorder*. Hove, UK: Psychology Press.
- Pyszczynski, T. y Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: a self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, 102 (1), 122-138.
- Pyszczynski, T. y Greenberg, J. (1992) Putting cognitive constructs in their place: Is depression really just a matter of interpretation? *Psychological Inquiry*, 3, 255-258.
- Quinn, C., Harris, A., & Kemp, A. (2012). The interdependence of subtype and severity: Contributions of clinical and neuropsychological features to melancholia and non-melancholia in an outpatient sample. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18(2), 361-369. doi:10.1017/S1355617711001858
- Ramón y Cajal, S. (1897, 6ª ed: 1920). *Reglas y consejos sobre la investigación científica. Los tónicos de la voluntad*. Madrid: CSIC (reimpresión 1999).
- Riskind, J.H. y Alloy, L.B. (2006). Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders: Theory and Research Design/Methodology. En L.B. Alloy y J.H. Riskind (Eds.), *Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum.
- Riskind, J.H., Alloy, L. B., & Iacoviello, B. M. (2010). Social cognitive vulnerability to depression and anxiety. En J.E. Maddux, y J.P. Tangney (Eds.), *Social psychological foundations of clinical psychology*. New York: Guilford Press.
- Roberts, J.E. y Kassel, J.D. (1997). Labile Self-Esteem, Life Stress, and Depressive Symptoms: Prospective Data Testing A Model of Vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 21(5), 569-589.

- Roberts, J.E. y Monroe, S.M. (1994). A multidimensional model of self-esteem in depression. *Clinical Psychology Review*, 14, 161-181.
- Roberts, J.E. y Monroe, S.M. (1999). Vulnerable self-esteem and social processes in depression: toward an interpersonal model of self-esteem regulation. En T. Joiner y J. Coyne (dirs.), *The interactional nature of depression: advances in interpersonal approaches* (pp. 149-189). Washington, DC: American Psychological Association.
- Roberts, K. E., Hart, T. A., y Eastwood, J. D. (2010). Attentional biases to social and health threat words in individuals with and without high social anxiety or depression. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 388-399. doi:10.1007/s10608-009-9245-y
- Robins, C. J., Ladd, J. S., Welkowitz, J., Blaney, P. H., Diaz, R., & Kutcher, G. (1994). The Personal Style Inventory: Preliminary new measures of sociotropy and autonomy. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16, 227-300.
- Romens, S. E., y Pollak, S. D. (2012). Emotion regulation predicts attention bias in maltreated children at risk for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(2), 120-127. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02474.x
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenfarb, I. S., Becker, J., Khan, A., & Mintz, J. (1994). Dependency, self-criticism, and perceptions of socialization experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 669-675.
- Rozenman, M., Weersing, V. R., & Amir, N. (2011). A case series of attention modification in clinically anxious youths. *Behaviour Research and Therapy*, 49(5), 324-330. doi:10.1016/j.brat.2011.02.007
- Rude, S.S., Covich, J., Jarrold, W., Hedlund, S., y Zentner, M. (2001). Detecting depressive schemata in vulnerability individuals: Questionnaires vs laboratory tasks. *Cognitive Therapy and Research*, 25 (1), 103-116.

- Rude, S.S., Durham-Fowler, J.A., Baum, E.S., Rooney, S.B. y Maestas, K.L. (2010). Self-report and cognitive processing measures of depressive thinking predict subsequent major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 34 (2), 107-115.
- Rudman, L.A. (2004). Sources of implicit attitudes. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 79-82.
- Ruiz, S., Rahona, J.J., Hervás, G., Vázquez, C. y Ulrich, R. (2011). Number magnitude determines gaze direction: Spatial-numerical association in a free-choice task. *Cortex*, 47(5), 617-620.
- Ryle, A. (1979). The focus in brief interpretative psychotherapy: dilemmas, traps and snags as target problems. *British Journal of Psychiatry*, 134, 46-54.
- Sætrevik, B., y Specht, K. (2009). Cognitive conflict and inhibition in primed dichotic listening. *Brain and Cognition*, 71(1), 20-25. doi:10.1016/j.bandc.2009.03.006
- Safford, S.M., Alloy, L.B., Abramson, L.Y. y Crossfield, A.G. (2007). Negative cognitive style as a predictor of negative life events in depression-prone individuals: A test of the stress generation hypothesis. *Journal of Affective Disorders*, 99, 147-154. doi:10.1016/j.jad.2006.09.003
- Safran, J.D. y Muran, J.C. (2005) *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: DDB (orig. en inglés: 2000).
- Safran, J.D. y Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós. (orig en inglés: 1991).
- Santos, M., Richards, C.S. y Bleckley, M.K. (2007). Comorbidity between depression and disordered eating in adolescents. *Eating Behaviors*, 8(4), 440-449.
- Sanz, J. (1995). Estímulos verbales relacionados con la ansiedad social y la depresión para su uso en investigaciones cognitivas. *Análisis y Modificación de conducta*, 21, 483-515.

- Sanz, J. (1997). Sesgos atencionales en análogos subclínicos con depresión y ansiedad social. *Anuario de Psicología*, 74, 33-51.
- Sanz, J. (1998). *Estado de ánimo deprimido y atención selectiva*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, J. y Dobson, K.S. (1994). *Induced depressed mood, selective attention and automatic vigilance*. Madrid: Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19 (67), 707-750.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1999). Atención selectiva y depresión: una revisión crítica. *Ansiedad y estrés*, 5 (2-3), 191-216.
- Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29 (124), 239-288.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Keefe, D.E., Hayes, B.E. y Shearin, E.N. (1986). Cognitive Interference: Situational Determinants and Traitlike Characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (1), 215-226.
- Sato, T., Hartman, B.A., Donohoe, W.M, Weaver, A. y Hall, W.A. (2010). Individual differences in ego depletion: The role of sociotropy-autonomy. *Motivation and Emotion*, 34 (2), 205-213.
- Saúl, L. A., & Bello, A. (2004). *Técnicas constructivistas*. Madrid: UNED.
- Scher, C.D., Ingram, R.E. y Segal, Z.V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar

- depression. *Clinical Psychology Review*, 25, 487-510. doi: 10.1016/j.cpr.2005.01.005
- Schlosser, N., Mensebach, C., Rullkötter, N., Schaffrath, C., Driessen, M., Beblo, T., y Wingenfeld, K. (2011). Selective attention in depression: Influence of emotionality and personal relevance. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(9), 696-702. doi:10.1097/NMD.0b013e318229d6cf
- Schmidt, R.E., Gay, P., Courvoisier, D., Jermann, F., Ceschi, G., David, M., Brinkmann, K. y Van der Linden, M. (2009). Anatomy of the White Bear Suppression Inventory (WBSI): A Review of Previous Findings and a new approach. *Journal of Personality Assessment*, 91 (4), 323-330. doi: 10.1080/00223890902935738
- Schooler, J. W. (2002). Re-representing consciousness: Dissociations between experience and meta-consciousness. *Trends in Cognitive Sciences*, 6, 339-344.
- Schröder-Abé, M., Rudolph, A. y Schütz, A. (2007). Self-esteem discrepancies and defensive reactions to social feedback. *International Journal of Psychology*, 42, 174-183.
- Schwerdtfeger, A. y Derakshan, N. (2010). The time line of threat processing and vagal withdrawal in response to a self-threatening stressor in cognitive avoidant copers: Evidence for vigilance-avoidance theory. *Psychophysiology*, 47 (4), 786-795. DOI: 10.1111/j.1469-8986.2010.00965.x
- Sears, C. R., Newman, K. R., Ference, J. D., y Thomas, C. L. (2011). Attention to emotional images in previously depressed individuals: An eye-tracking study. *Cognitive Therapy and Research*, 35(6), 517-528. doi:10.1007/s10608-011-9396-5
- Sears, C. R., Thomas, C. L., LeHuquet, J. M., y Johnson, J. C. S. (2010). Attentional biases in dysphoria: An eye-tracking study of the allocation and disengagement of attention. *Cognition and Emotion*, 24(8), 1349-1368. doi:10.1080/02699930903399319

- Segal, Z.V. y Dobson, K.S. (1992). Cognitive models of depression: Report from a consensus conference. *Psychological Inquiry*, 3, 225-229.
- Segal, Z.V. y Swallow, S.R. (1994). Cognitive assessment of unipolar depression: Measuring products, processes and structures. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 147-158.
- Segal, Z.V. y Vella, D.D. (1990). Self-schema in major depression: Replication and extension of a priming methodology. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 161-176.
- Segal, Z.V., Gemar, M.C. y Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3-10.
- Segal, Z.V., Gemar, M.C., Truchon, C., Guirguis, M. y Horowitz, L. (1995). A priming methodology for studying self-representation in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 104, 205-213.
- Segal, Z.V., Kennedy, M.D., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R. y Buis, T. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry*, 63, 749-755.
- Segal, Z.V., Williams, H.M.G. y Teasdale, J. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée de Brouwer (orig. en inglés: 2002).
- Segal, Z.V., Williams, J.M., Teasdale, J.D. y Gemar, M. (1996). A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine* 26, 371-380.
- Segalowitz, S.J. y Bryden, M.P. (1983). Individual differences in hemispheric representation of language. En S.J. Segalowitz (Ed.), *Language functions and brain organization*. New York: Academic Press.

- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco:Freeman.
- Semerari, A. (2002a). *Psicoterapia cognitiva del paciente grave: metacognición y relación terapéutica*. Bilbao: Desclée de Brouwer (orig. en italiano: 2000)
- Semerari, A. (2002b) *Historia, teoría y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós (orig en italiano: 1999).
- Shahar, B., Britton, W. B., Sbarra, D. A., Figueredo, A. J., y Bootzin, R. R. (2010). Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy for depression: Preliminary evidence from a randomized controlled trial. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(4), 402-418. doi:10.1521/ijct.2010.3.4.402
- Shane, M.S. y Peterson, J.B. (2007). An evaluation of early and late stage attentional processing of positive and negative information in dysphoria. *Cognition and Emotion* 21 (4), 789-815.
- Siegle, G.J., Ingram, R.E. y Matt, G.E. (2002). Affective interference: An explanation for negative attention biases in dysphoria? *Cognitive Therapy and Research* 26, 73-87.
- Siegle,G., Steinhauer, S. y Thase,M.(2004). Pupillary assessment and computational modelling of the Stroop task in depression. *International Journal of Psychophysiology* , 52 63 -76.
- Smith, S. M. y Petty, R. E. (1995). Personality moderators of mood congruency effects on cognition: The role of self-esteem and negative mood regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1092-1107.
- Snell-Dohrenwend, B., Krasnoff, L., Askenasy, A.R. y Dohrenwend, B.P. (1978). Exemplification of a method for scaling life events: The PERI Life Events Scale. *Journal of Health and Social Behavior* 19, 205-229.

- Solomon, A.; Arnow, B.A.; Gotlib, I.H. y Wind, B. (2003). Individualized Measurement of Irrational Beliefs in remitted depressives. *Journal of Clinical Psychology* 59 (4), 439-455.
- Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, vol. XVIII(6), 643-662.
- Sutton, J.M., Mineka, S., Zinbarg, R.E., Craske, M.G., Griffith, J.W., Rose, R.D., Waters, A.M., Nazarian, M. y Mor, N. (2011). The relationships of personality and cognitive styles with self-reported symptoms of depression and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35 (4), 381-393.
- Taylor, J. A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 285-290.
- Teasdale, J.D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and emotion* 2, 247-274.
- Teasdale, J.D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy* 37, S53-S77.
- Teasdale, J.D. y Barnard, P.J. (1993). *Affect, Cognition and Change: Re-modelling Depressive Thought*. Hove, UK: Erlbaum.
- Teasdale, J.D., Lloyd, C.A. y Hutton, J.M. (1998). Depressive thinking and dysfunctional schematic mental models. *British Journal of Clinical Psychology*, 37 (3), 247-257.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G. Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M. & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 615-623.
- Techentin, C., & Voyer, D. (2011). Word frequency, familiarity, and laterality effects in a dichotic listening task. *Laterality: Asymmetries of Body, Brain and Cognition*, 16(3), 313-332. doi:10.1080/13576501003623349

- Truill, S.K. y Gotlib, I.H. (2006). Cognitive Vulnerability to Mood Disorders: An Integration. En L.B. Alloy y J.H. Riskind (Eds.), *Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum.
- Treynor, W., González, R. y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247-259.
- Tschudi, F. (1977). Loaded and Honest Questions: A Construct Theory View of Symptoms and Therapy. En D. Bannister (Ed.), *New Perspectives in Personal Construct Theory* (pp. 321-349). London: Academic Press.
- Turner, R.J., Wheaton, B. y Lloyd, D.A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104-125.
- Valiente, C., Cantero, D., Vázquez, C., Sánchez, A., Provencio, M. y Espinosa, R. (2011). Implicit and explicit self-esteem discrepancies in paranoia and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 120 (3), 691-699. doi: 10.1037/a0022856
- Vázquez, C. y Hernangómez, L. (2009). Automatic and Controlled Processing in Depression. En R. Ingram (ed.), *The International Encyclopedia of Depression* (pp. 48-51). New York: Springer.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud* 10 (1), 59-82.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (2008). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Vol. 2, 2ª ed. revisada (pp. 233-269). Madrid: MacGraw Hill

- Vázquez, C., Díez-Alegría, C., Hernández-Lloreda, M.J., y Nieto, M. (2008). Implicit and explicit self-schema in active deluded, remitted deluded, and depressed patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 587-99.
- Vázquez, C., Hartlage, S., Alloy, K. y Jiménez, F. (1995). Efectos de la depresión en el procesamiento automático y controlado: una revisión teórica. *Boletín de Psicología*, 48, 41-65.
- Vázquez, C., Hernangómez, L. y Hervás, G. (2008). Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas. En J.L. Vázquez-Barquero (Ed.), *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: Trastornos depresivos* (pp. 21-33). Barcelona: Masson-Elsevier.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L. y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18 (1), 139-165.
- Von Hecker, U. y Meiser, T. (2005). Defocused attention in depressed mood: Evidence from source monitoring. *Emotion*, 5 (4), 456-463. DOI: 10.1037/1528-3542.5.4.456
- Wadlinger, H. A., e Isaacowitz, D. M. (2011). Fixing our focus: Training attention to regulate emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 15(1), 75-102. doi:10.1177/1088868310365565
- Watkins, E. y Teasdale, J.D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders* 82, 1 -8.
- Wegner, D.M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34-52.
- Wegner, D.M. y Wenzlaff, R.M. (1996). Mental Control. En E.T. Higgins y A.W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles*. New York: Guilford Press.
- Wegner, D.M. y Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.

- Wegner, D.M., Erber, R. y Zanakos, S. (1993). Ironic processes in the mental control of mood and mood-related thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1093-1104.
- Weinberger, D. A. (1990). The construct validity of the repressive coping style. En J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health*. Chicago: University of Chicago Press.
- Weinberger, D. A., Schwartz, G. E. y Davidson, J. R. (1979). Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: Psychometric patterns and behavioral and physiological responses to threat. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 369-380.
- Weissman, A.N. (1979). The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study. *Dissertation Abstracts International*, 40, 1389B-1390B.
- Weissman, M.M., Wolk, S., Goldstein, R.B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C.M., Ryan, N.D., Dahl, R.E. y Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1707-1713.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation-induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- Wells, A. (2008). *Metacognitive therapy: A practical guide*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. y Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Wells, A. y Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. y Brewin, C.R. (2009). Metacognitive Therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 291-300. doi: 10.1007/s10608-007-9178-2

- Wells, T. T. y Beevers, C. G. (2010). Biased attention and dysphoria: Manipulating selective attention reduces subsequent depressive symptoms. *Cognition and Emotion*, 24(4), 719-728. doi:10.1080/02699930802652388
- Wells, T. T., Beevers, C. G., Robison, A. E., y Ellis, A. J. (2010). Gaze behavior predicts memory bias for angry facial expressions in stable dysphoria. *Emotion*, 10(6), 894-902. doi:10.1037/a0020022
- Wenzel, A. y Rubin, D.C. (2005). *Cognitive Methods and their application to clinical research*. Washington: APA.
- Wenzlaff, R.M. y Bates, D.E. (1998). Unmasking a Cognitive Vulnerability to Depression: How Lapses in Mental Control Reveal Depressive Thinking. *Journal of Personality and Social Psychology* 75, No. 6, 1559-1571.
- Wenzlaff, R.M. y Eisenberg, A.R. (2001). Mental control after dysphoria: Evidence of a suppressed, depressive bias. *Behavior Therapy*, 32, 27-45.
- Wenzlaff, R.M. y Luxton, D.D. (2003). The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 293-308.
- Wenzlaff, R.M. y Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.
- Wenzlaff, R.M., Meier, J. y Salas, D.M. (2002). Thought suppression and memory biases during and after depressive moods, *Cognition and Emotion*, 16:3, 403 - 422.
- Wenzlaff, R.M., Rude, S.S. y West, L.M. (2002). Cognitive vulnerability to depression: The role of thought suppression and attitude certainty. *Cognition and Emotion*, 16, 533-548.
- Wenzlaff, R.M., Rude, S.S., Taylor, C.J., Stultz, C.H. y Sweatt, R.A. (2001). Beneath the veil of thought suppression: Attentional bias and depression risk. *Cognition and Emotion*, 2001, 15 (4), 435-452.

- Wenzlaff, R.M., Wegner, D.M. y Roper, D.W. (1988). Depression and Mental Control: The Resurgence of Unwanted Negative Thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology* 55 (6), 882-892.
- Wheeler, H.A., Blankstein, K.R., Antony, M.M., McCabe, R.E. y Bieling, P.J. (2011). Perfectionism in anxiety and depression: Comparisons across disorders, relations with symptom severity and role of comorbidity. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4 (1), 66-91.
- Wilamowska, Z.A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Farchione, T.J. y Barlow, D.H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety* 27: 882-890. doi: 10.1002/da.20735
- Williams, A.D. y Moulds, M.L. (2007). Investigation of the indulgence cycles hypothesis of suppression on experimentally induced visual intrusions in dysphoria. *Behaviour Research and Therapy* 45, 2780-2788.
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C. y Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*, 1ª ed. Chichester: Wiley.
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C. y Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders*, 2ª ed. Chichester: Wiley.
- Winter, D. A. (1988). Constructions in social skills training. En F. Fransella, y L. Thomas (Eds.), *Experimenting with Personal Construct Psychology* (pp. 342-356). Londres Routledge & Kagan Paul.
- Winter, D.A. (1992). *Personal Construct Psychology in Clinical Practice: Theory, Research and Applications*. Londres: Routledge.
- Wisco, B.E. (2009). Depressive cognition: Self-reference and depth of processing. *Clinical Psychology Review* 29, 382-392.

- Yiend, J. (2010). The effects of emotion on attention: A review of attentional processing of emotional information. *Cognition and Emotion* 24. (1), 3-47.
- Yurgil, K. A., y Golob, E. J. (2010). Neural activity before and after conscious perception in dichotic listening. *Neuropsychologia*, 48(10), 2952-2958. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2010.06.004
- Zarranz, J.J. (1998). Palabras de traducción engañosa. *Neurología*, 13 (8), 411-412.
- Zautra, A.J.; Affleck, G.G.; Tennen, H.; Reich, J.W. y Davis, M.C. (2005). Dynamic Approaches to Emotions and Stress in Everyday Life: Bolger and Zuckerman Reloaded With Positive as Well as Negative Affects. *Journal of Personality* , 73 (6), 1-28.
- Zetsche, U., y Joormann, J. (2011). Components of interference control predict depressive symptoms and rumination cross-sectionally and at six months follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 65-73.
- Zettle, R.D, Haflich, J.L. y Reynolds, R.A. (1992). Responsivity to cognitive therapy as a function of treatment format and client personality dimensions. *Journal of Clinical Psychology*, 48 (6), 787-797.
- Zuroff, D.C. (1992). New directions for cognitive models of depression. *Psychological Inquiry*, 3, 274-277.
- Zuroff, D.C. y deLorimer, S. (1989). Dependency and self-criticism as predictors of the personality characteristics of women's ideal boy-friends and their satisfaction with actual boyfriends. *Journal of Personality*, 57, 825-845.
- Zuroff, D.C., Mongrain, M. y Santor, D.A. (2004). Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: Comment on Coyne and Whiffen (1995). *Psychological Bulletin*, 120 (3), 489-511. doi: 10.1037/0033-2909.130.3.489